



HOPITAL D'EVRON

BP 0209 - 4, rue de la Libération
53600 EVRON

Tél : 02.43.66.66.66 - Fax : 02.43.66.67.98

PROJET D'ETABLISSEMENT

2017 - 2021

Table des matières

INTRODUCTION	3
1. PREAMBULE	4
1.1. CADRE ET OBJECTIFS DU PROJET D'ETABLISSEMENT.....	4
1.2. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT	4
1.3. MODALITES DE COMMUNICATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT	5
2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	6
2.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE.....	6
2.2. DONNEES GENERALES	7
2.3. CONTEXTE HISTORIQUE	7
2.4. LES ENJEUX	9
2.5. LES VALEURS	9
2.6. LES REPERES JURIDIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX	10
2.7. INSCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT DANS L'ENVIRONNEMENT : PARTENARIATS ET OUVERTURE.....	18
2.8. ORGANISATION DE LA COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE.....	23
2.9. MODALITES D'EXPRESSION ET DE PARTICIPATION DES USAGERS.....	24
3. LE PROJET MEDICAL	27
3.1. ANALYSE DES DONNEES D'ACTIVITE MEDICALE	27
3.2. MOYENS HUMAINS.....	37
3.3. MODALITES D'ORGANISATION	37
3.4. MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE	39
3.5. ACTIONS DE SOINS, DE PREVENTION ET D'EDUCATION	40
3.6. PERSPECTIVES MEDICALES	41
3.7. CONCLUSION.....	42
4. LE PROJET DE SOINS	44
4.1. VALEURS SOIGNANTES.....	44
4.2. MOYENS MATERIELS	45
4.3. ORGANISATION DE LA PRISE EN SOINS.....	46
4.4. ACTIONS DE SOINS, DE PREVENTION ET D'EDUCATION	48
5. LES PROJETS DE SERVICE	57
5.1. PROJET DE SERVICE DE LA RESIDENCE AUTONOMIE « LES CHARMES »	57
5.2. PROJET DE SERVICE DE L'EHPAD « LE BOIS JOLI »	61
5.3. PROJET DE SERVICE DE L'ACCUEIL DE JOUR	72
5.4. PROJET DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (SSIAD)	79
5.5. CONCLUSION DU PROJET MEDICO-SOIGNANT	87
6. LE PROJET SOCIAL	89
6.1. ORGANISATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	89
6.2. DIAGNOSTIC DU BILAN SOCIAL DE L'ETABLISSEMENT	92
6.3. MODALITES D'EVALUATION DES PROFESSIONNELS.....	94
6.4. DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES	94
6.5. INTEGRATION DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS	95

6.6.	DIALOGUE SOCIAL	95
6.7.	ENCADREMENT ET FORMATION DES STAGIAIRES.....	96
6.8.	ORIENTATIONS DU PROJET SOCIAL	97
7.	LE PROJET LOGISTIQUE.....	103
7.1.	LE SERVICE RESTAURATION	103
7.2.	LE SERVICE BLANCHISSERIE	105
7.3.	LES SERVICES TECHNIQUES	106
7.4.	LES AUTRES SERVICES HOTELIERS	108
8.	LE PROJET DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER.....	110
8.1.	CONTEXTE PROPRE A L'ETABLISSEMENT LIE AU SYSTEME D'INFORMATION	110
8.2.	ORGANISATION DU SYSTEME D'INFORMATION.....	110
8.3.	MODALITES DE SECURISATION DU SYSTEME D'INFORMATION	111
8.4.	COMMUNICATION ET PARTAGE DE L'INFORMATION.....	111
8.5.	SYSTEME D'INFORMATION MEDICALE	111
8.6.	AXES D'EVOLUTION	112
9.	LE PROJET QUALITE - GESTION DES RISQUES.....	114
9.1.	ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE-GESTION DES RISQUES.....	114
9.2.	MODALITES D'EVALUATION DE LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES.....	116
9.3.	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES.....	117
9.4.	CONCLUSION.....	119
10.	LE PROJET DEVELOPPEMENT DURABLE.....	121
10.1.	HISTORIQUE DE LA DEMARCHE DANS L'ETABLISSEMENT	121
10.2.	ANALYSE DES BESOINS ET OBJECTIFS DE L'ETABLISSEMENT.....	122
10.3.	CONCLUSION.....	125
11.	CONCLUSION	126

Introduction

Le projet d'établissement est le fil conducteur de la politique appliquée au sein de cet établissement. L'hôpital d'EVRON, dans les différents services qu'il propose, est un lieu de soins, un lieu de vie, voire un lieu d'accompagnement de la fin de vie. Pour cela, les personnels qu'il emploie sont pourvus de diverses compétences afin de vous apporter la meilleure prise en soin possible avec les moyens qui lui sont alloués par nos autorités de tutelle, à savoir le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé.

De ce fait, l'ensemble des professionnels qui officient doit prendre conscience qu'occuper un poste dans un établissement public requiert une volonté de connaître le fonctionnement de son lieu de travail, ainsi que ses évolutions. Il est attendu de chaque agent qu'il ait une volonté personnelle de s'informer, de se former, de réaliser de la mobilité sur différents horaires comme sur différents services, de participer à la recherche de l'amélioration de ses compétences et de s'investir dans les groupes de travail.

Pour cela, il est essentiel que chacun soit porteur d'une curiosité professionnelle saine, sache remettre en question ses pratiques quotidiennes, apprenne à exprimer leur positionnement comme à se positionner, intègre la décision de consensus d'équipe et soit, à son niveau, apporteur de solution et/ou générateur de projet. Toutes ces actions permettront d'évaluer objectivement la prise en soins apportée à chaque hébergé.

C'est grâce à l'investissement de chacun que l'hôpital public, financé par les contribuables, garantira un service de qualité respectant chaque individu dans sa globalité, pérennisera ses organisations et valorisera les savoir-faire.

Ce document est l'aboutissement d'un travail collectif qui a associé l'ensemble des professionnels de l'établissement. Que tous les participants en soient sincèrement remerciés.

Martine DUBOIS,

Directrice

1. Préambule

1.1. Cadre et objectifs du projet d'établissement

La rédaction d'un projet d'établissement est une obligation réglementaire instituée par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991, pour les établissements de santé, et par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale pour les établissements médico-sociaux.

Elle rentre dans une démarche globale et participative visant à mobiliser les ressources dans un sens connu et partagé de tous, adapté aux caractéristiques du public accueilli et de l'environnement.

Ouvrage de référence en interne comme en externe, ce projet d'établissement est un document permettant à l'établissement de définir, à partir des valeurs qu'il défend, sa stratégie de développement pour les cinq prochaines années au travers d'objectifs fixés, en précisant les actions et moyens à mettre en œuvre pour les atteindre, en cohérence avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et la convention tripartite signée en 2010.

Enfin, ce projet s'inscrit pleinement dans le cadre des réglementations et recommandations nationales, régionales et départementales : orientations du Projet Régional de Santé, du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale, et du Schéma Départemental des Personnes Agées, mais aussi recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

1.2. Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement

La construction du projet d'établissement a été réalisée avec l'appui méthodologique et rédactionnel d'un consultant externe, sous forme d'une formation-action basée sur un travail pluridisciplinaire et interactif.

Ainsi, un comité de pilotage a été mis en place, représentant l'ensemble des fonctions et des secteurs d'activité de l'établissement.

La construction du projet d'établissement s'est déroulée de juillet 2015 à mars 2017 dans le cadre d'une démarche projet.

Elle a débuté par une formation de l'ensemble du comité de pilotage à la démarche projet réalisée par le consultant de l'IRFA intégrant la recommandation de l'ANESM « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement » et par l'élaboration d'une fiche projet. De ce fait, des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués.

Les membres du comité de pilotage sont :

Membres	Fonctions	Projets pilotés
Madame DUBOIS Martine	Directrice	Projet institutionnel Projet Qualité /gestion des risques
Docteur LE ROY Jean- Pierre	Médecin	Projet médical
Monsieur LEGENDRE Claude	Responsable services économiques et logistiques	Projet logistique et administratif
Madame REDON Isabelle	Cadre supérieur de santé	Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique Projet social
Madame REMOND- COUSIN Maria	Responsable du service Ressources Humaines et du service Clientèle	Projet social
Monsieur PIQUET Alain	Responsable Services techniques	Projet Développement durable
Madame CHEVASSUS Hélène	Responsable qualité	Projet Qualité / gestion des risques
Madame DAUGEARD Valérie	Secrétaire de direction Référente informatique	Projet Système d'information

1.3. Modalités de communication, de suivi et d'évaluation du projet d'établissement

1.3.1. Les modalités de communication

Le projet d'établissement sera diffusé en 2017 par l'intermédiaire des actions suivantes :

- ✓ Présentation aux différentes instances de l'établissement,
- ✓ Envoi d'un exemplaire aux autorités de tarification : ARS, Délégation Territoriale de l'ARS et Conseil Départemental de la Mayenne,
- ✓ Présentation aux professionnels au cours de réunions d'information, mise à disposition d'un exemplaire dans chaque service de l'établissement et sur l'intranet de l'établissement.
- ✓ Mise à disposition d'un exemplaire à l'accueil de l'établissement, pour le public.

1.3.2. Les modalités de suivi et d'évaluation

Le projet d'établissement sera suivi et évalué durant 5 ans par le Comité de Gestion des Risques et de la Qualité (COGERISQ).

Le comité de pilotage Projet d'établissement se réunira une fois par an, afin de réaliser un réajustement régulier des actions du Projet d'établissement.

2. Présentation de l'établissement

2.1. Situation géographique

L'hôpital d'Evron est situé au cœur du département de la Mayenne, à 25 km de Mayenne, à 32 km de Laval, à 54 km du Mans.

La ville d'Evron compte 7320 habitants.

L'hôpital est situé sur un terrain de 6,3 hectares, à 500 m du centre-ville. Son emplacement dans la commune favorise l'accès à la vie sociale.

L'hôpital d'Evron est au service de la population de la Communauté de Commune des Coëvrons, ce qui représente un bassin de population d'environ 28 000 habitants.



2.2. Données générales

NOM et type d'établissement	Hôpital d'Evron
Forme juridique	Etablissement public autonome
Numéro FINESS	53 00000 66
Numéro SIRET	265 300 152 00013
Nom du directeur	Madame DUBOIS
Nom du Président du conseil de surveillance	Monsieur BALANDRAUD, maire d'Evron
Adresse de l'établissement – Téléphone, courriel	4 rue de la Libération - 53600 Evron Standard : 02 43 66 66 66 Courriel : direction@hopitallocal-evron.fr
Autorités de contrôles et de tarification et coordonnées du correspondant (ARS, CD.)	ARS des Pays de la Loire Délégation Territoriale de la Mayenne Conseil Départemental de la Mayenne
Capacité	Médecine : 15 lits, dont 4 lits identifiés en soins palliatifs SSR : 35 lits EHPAD : 178 lits, dont 6 places d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour SSIAD : 70 places Résidence autonomie : 52 logements, dont 4 logements T2 pour couples
Renouvellement des autorisations	CPOM Hôpital : renouvellement en 2017 CPOM EHPAD : signature en 2017

2.3. Contexte historique

Le dictionnaire de l'Abbé Angot laisse à penser que l'hôpital-hospice d'Evron a été créé vers 1848.

Une aile supplémentaire porte en pignon la date 1901, ce qui laisse supposer un agrandissement à cette date.

En **1951**, l'élection d'un nouveau maire à la tête de la commune d'Evron, Monsieur Raoul Vade pied, va donner un nouvel élan à la ville et à sa région. La décision est prise de mener une étude pour construire un nouvel hôpital.

En **1960**, sur le plan juridique, l'hôpital-hospice est transformé en Hôpital rural de « quatrième classe », ce qui a essentiellement pour conséquence, la modification du changement de rémunération des médecins.

En **1972**, un financement exceptionnel est consenti pour la construction, par l'intermédiaire de l'office départemental d'HLM, d'un bâtiment de 58 lits à l'usage de la Maison de retraite. Celle-ci a ouvert ses portes le 1^{er} mai 1972. Dès 1974-1975, un service Animation est mis en place au centre de la structure.

Les démarches pour une construction nouvelle se poursuivent ; celle-ci sera ouverte le **1^{er} décembre 1976**. L'« Hôpital Rural » devient alors « Hôpital Local ».

En **1980**, compte-tenu de la nouvelle capacité de l'établissement, l'Hôpital Local d'Évron est classé « Hôpital Local de 3^{ème} classe ».

Le **1^{er} mars 1981**, un foyer-logement de 54 places (46 studios et 4 logements pour couples) ouvre ses portes, rattaché à la Maison de Retraite pour des raisons d'appuis logistiques et de sécurité.

En **1987**, l'Hôpital Local d'Évron décide de s'ouvrir sur l'extérieur et met en service 30 places de Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sur les quatre cantons de Bais, Évron, Montsûrs et Sainte-Suzanne.

En **1992**, différents travaux d'humanisation sont réalisés :

- Agrandissement de la maison de retraite.
- Création de nouveaux services de Soins Longue Durée (SLD) avec une architecture moderne.
- Suppression des chambres à deux lits : l'ensemble des résidents est installé dans des chambres individuelles. Ces aménagements amènent le Conseil d'Administration à rebaptiser l'établissement « Résidence médicalisée » (*bien que conservant son statut d'Hôpital Local*).
- Création de 6 places en Hébergement temporaire et le SSIAD ouvre 6 places supplémentaires.

L'Hôpital Local compte alors 319 lits pour 162 agents.

En **décembre 1992**, une convention de direction commune est conclue avec l'Hôpital Local de Sillé-le-Guillaume en Sarthe. L'établissement devient Hôpital Local de deuxième classe. Cette convention évolue vers un Syndicat Inter-Hospitalier (SIH) en 2000 dont la vocation est la gestion de la blanchisserie, de la pharmacie, des systèmes informatisés de gestion et le partage de compétences spécifiques.

Le **1er mai 2000**, le service Médecine est sectorisé sur l'unité des Chênes.

En **2001**, la direction commune avec Sillé-Le-Guillaume est supprimée. L'Hôpital Local d'Évron redevient autonome.

En **2005**, la capacité du SSIAD passe à 52 places.

En **2006**, le service de Médecine obtient un accord pour 3 lits identifiés de Soins Palliatifs.

En **2007**, la capacité du SSIAD passe à 57 places, puis à 62 places en 2009.

En **2009**, la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) supprime la notion d'Hôpital Local.

En **2010**, l'établissement ouvre un Accueil de Jour de 6 places et le SSIAD passe à 67 places.

En **2011**, un lit identifié de soins palliatifs supplémentaire est accordé en Médecine.

En **janvier 2014**, débutent les travaux de sectorisation de l'EHPAD et de réhabilitation des locaux de deux bâtiments sur trois. La capacité du SSIAD passe à 70 places.

En **2016**, entrée en vigueur de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV), le foyer logement est désormais appelé "résidence autonomie". Ce changement de nom s'accompagne d'un renforcement du rôle de la structure dans la prévention de la perte d'autonomie.

En application décret du 20 mai 2016, l'hôpital intègre la liste des hôpitaux de proximité.

Le 1^{er} septembre 2016, l'établissement intègre le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Mayenne et du Haut-Anjou.

2.4. Les enjeux

L'établissement, en tant qu'hôpital public de proximité, s'engage auprès des patients et résidents qu'il accueille au travers des missions suivantes :

- ✓ **Une prise en soins et un accompagnement adaptés à la population vieillissante et polypathologique :**

De par sa vocation sanitaire, il constitue un premier niveau de prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. A ce titre, il dispense des soins à une population vivant dans une zone géographique proche, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation et de soins à domicile (SSIAD).

- ✓ **Un fonctionnement intégré dans la filière gériatrique :**

Il accueille dans les services relevant du médico-social une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement au quotidien et des soins techniques. Il offre des solutions d'hébergement permanent, temporaire ou d'accueil de jour.

L'établissement est intégré dans un réseau de soins. Ainsi, il constitue un maillon essentiel de la coordination et de l'organisation des soins entre le domicile, la médecine de ville, les alternatives à l'hospitalisation et les établissements de santé dispensant des soins spécialisés et disposant d'un plateau technique conséquent.

Les missions de l'établissement s'exercent sur le territoire de la Mayenne, en complémentarité avec le Centre Hospitalier de Laval et le Centre Hospitalier de Mayenne sous forme de conventions (consultation de spécialistes, équipe mobile de soins palliatifs, praticien hygiéniste...)

2.5. Les valeurs

Les valeurs portées par l'établissement sont le respect, la bienveillance, l'esprit d'équipe et la sécurité.

Elles se définissent ainsi :

Un accompagnement respectueux des droits des usagers, en apportant une vigilance aux principes suivants :

- **Maintien de la dignité** : établir une relation de qualité dès l'accueil de la personne hospitalisée par la reconnaissance de ses besoins spécifiques (traitement médicamenteux, hygiène corporelle, alimentation...), faciliter la mise en œuvre de soins de confort et esthétiques (massage bien-être, coiffure...), mais aussi accompagner la fin de vie, être à l'écoute des directives anticipées et soulager la douleur en faisant appel, si nécessaire, à l'équipe mobile de soins palliatifs.
- **Respect de la citoyenneté** : avoir une écoute bienveillante envers les personnes. Comme tout citoyen, le patient ou le résident a également un devoir de respect envers les professionnels qui l'entourent. Au niveau managérial, l'établissement favorisera la discussion et la représentation des usagers au sein d'instances telles que la Commission Des Usagers et le Conseil de la Vie Sociale ; il facilitera l'intervention de bénévoles par la formalisation de conventions.

- **Respect des croyances** : être dans la neutralité mais à l'écoute de la pratique religieuse (alimentation, rituels...); y répondre dans la mesure du possible dans le respect du service public.
- **Respect de la personne dans l'accompagnement quotidien** : respecter l'intimité des patients et des résidents, considérer la chambre comme lieu privatif en EHPAD.
- **Respect du refus de soins, respect des choix de la personne** : s'assurer que ses choix sont éclairés, et que les informations nécessaires sont acquises pour faire ses choix.

Une prise en soins bientraitante, assurée avec bienveillance et humanité, tout en conservant au maximum l'autonomie de la personne âgée et en veillant à son bien-être :

- **Respect de l'identité de la personne** : réaliser un recueil de données étoffé, adapter la prise en soins des personnes et formaliser le projet de vie individualisé. Les personnes changent, ainsi que leurs désirs, de ce fait le projet de vie, comme le projet thérapeutique, doivent être réactualisés régulièrement.
- **Maintien et développement de l'autonomie** : respecter les acquis, les capacités cognitives et physiques, ne pas faire à la place de, mais plutôt favoriser l'autonomie. De ce fait, les professionnels doivent s'autoriser à se remettre en question régulièrement, quant à la pertinence de leurs choix de prise en soins.
- **Maintien et développement du lien social** : le projet de soins et le projet de vie sont aussi important l'un que l'autre. Les professionnels doivent se coordonner pour faciliter l'effectivité des deux projets. Le projet animation a pour objectif d'insérer les personnes accueillies au sein du territoire (favoriser les liens en interne, en externe, maintenir les liens familiaux...)
- **Protection de la personne** : sécuriser par un cadre de vie stable et calme, favorisant le bien-être des personnes.

Un esprit d'équipe basé sur la cohésion et l'entraide entre professionnels au quotidien. Etre capable de remettre en question ses pratiques professionnelles, de verbaliser ses difficultés en équipe, d'essayer de trouver des solutions adaptées et d'appliquer la décision du consensus pour pouvoir ultérieurement la réévaluer.

Une sécurité optimisée par la formation, les échanges organisés entre professionnels, l'analyse des dysfonctionnements et le suivi des axes d'amélioration.

2.6. Les repères juridiques et environnementaux

2.6.1. Les repères juridiques

Les principes et le fonctionnement de l'hospitalisation ont été définis par les lois du 31 décembre 1970, du 31 juillet 1991, puis du 21 juillet 2009.

La **loi n°70-1318 du 31 décembre 1970** crée la notion de Service Public Hospitalier (SPH) : égalité d'accès, égalité de traitement, continuité du service.

La **loi n°91-748 du 31 juillet 1991** attribue aux établissements de santé, publics ou privés, des missions communes et reconnaît l'unicité du système hospitalier au-delà du statut des établissements. La loi de 1991 instaure les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et introduit de nombreuses innovations, notamment dans les domaines de l'organisation hospitalière et de la coopération entre

établissements de santé. L'ordonnance du 24 avril 1996 a ensuite créé les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) chargées, entre autre, d'élaborer les SROS et de répartir les enveloppes financières régionales entre les établissements de santé.

Le **Plan « Hôpital 2007 »**, annoncé le 4 septembre 2003, introduit des modifications profondes dans l'activité des hôpitaux publics. Il renforce le pouvoir des ARH et modifie les règles de la "gouvernance hospitalière", avec la mise en place par l'ordonnance du 2 mai 2005 de pôles cliniques et médico-techniques dans les établissements publics de santé. Le Plan Hôpital 2007 réforme également les modes de financement des établissements publics et privés avec la tarification à l'activité (T2A).

Le **Plan « Hôpital 2012 »**, annoncé par le ministre de santé le 13 février 2007, succède au plan hôpital 2007, afin de poursuivre la dynamique d'investissement et de modernisation des établissements hospitaliers par des aides de l'état. Il s'agit notamment de rénover les bâtiments, de favoriser des regroupements d'établissements ou de services et de moderniser l'informatique.

La **loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014** de financement de la sécurité sociale (Hôpitaux de proximité).

La **loi n°2009-879 du 21 juillet 2009**, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST), substitue à la notion de service public hospitalier celle de mission de service public.

La **loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement** réforme principalement le cadre juridique des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes. Elle s'inscrit dans le prolongement des législations antérieures en instaurant des mécanismes permettant une garantie effective des droits de ce public accueilli en structure.

- Axe 1 : La clarification des catégories d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Axe 2 : La mise en place d'un socle de prestations pour tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les petites unités de vie et les résidences autonomie
- Axe 3 : L'obligation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- Axe 4 : Les amendes administratives pour manquement aux règles protectrices des droits des usagers
- Axe 5 : La régularisation conditionnée des établissements ou services ouverts sans autorisation
- Axe 6 : L'évaluation externe en application de l'article L 312-8 CASF
- Axe 7 : Renforcement des Droits des usagers

La **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** engage la modernisation nécessaire de notre système de santé autour de trois axes principaux :

- Innover pour mieux prévenir
- Innover pour mieux soigner en proximité
- Innover pour renforcer les droits et la sécurité des patients

Le **décret n°2016-658 du 20 mai 2016** relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement, positionne l'hôpital de proximité à la jonction entre le premier recours, le second recours et le médico-social. Il reconnaît ainsi le rôle spécifique des hôpitaux de proximité, dont font partie la plupart des ex-hôpitaux locaux, en précisant les critères d'éligibilité et les modalités de financement applicables aux établissements qui y répondent.

Le secteur médico-social de l'établissement est soumis au Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). L'ouverture et l'exploitation des services correspondants sont régis par les **articles L. 313-1 et suivants du CASF**.

2.6.2. Le contexte environnemental

La formulation d'orientations stratégiques pertinentes et spécifiquement adaptées à l'établissement implique en premier lieu :

- ✓ Un examen préalable du contexte territorial en général et celui de l'établissement.
- ✓ Une analyse fine des caractéristiques et des besoins et attentes de la population accueillie.

➤ Brèves données démographiques régionales et départementales

A l'instar des autres régions françaises, la région Pays-de-la-Loire est caractérisée par une très forte « gérontocroissance », puisque actuellement une personne sur vingt est âgée de 80 ans ou plus et que cette proportion devrait doubler d'ici 2040. L'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes est corrélée à celle du vieillissement de la population. En effet, concernant la région Pays-de-la-Loire, l'INSEE estime que plus de 85 000 personnes âgées seront dépendantes en 2016, dont 7 600 pour le département de la Mayenne, alors que la dépendance ne concernait que 73 000 personnes dans cette région en 2010¹.

L'une des spécificités de la région Pays-de-la-Loire réside dans le fait qu'elle :

- ✓ représente la région la mieux dotée au niveau national en places d'hébergement des personnes âgées dans la mesure où pour 2013, cette dernière comptabilise 155 places pour 1000 habitants de 75 ans ou plus contre 123 en France métropolitaine ;
- ✓ dispose également du plus fort taux d'équipement en lits médicalisés, soit en moyenne 130 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans, près de 30% supérieur à la moyenne nationale.

Néanmoins la répartition de ces places est inégale selon les départements et l'un des objectifs du Projet Régional de Santé est de réduire les disparités départementales et infra-départementales. En effet, la Vendée avec 140 places médicalisées en 2013 pour 1000 habitants de 75 ans ou plus est le département le mieux équipé, la Mayenne avec 137 est dotée d'un taux d'équipement relativement important et la Sarthe avec 107 dispose du taux d'équipement le plus faible. Ces taux départementaux restent supérieurs aux taux nationaux².

Cependant, il convient de souligner que ce taux d'équipement se matérialise différemment selon les territoires. Au regard des besoins de la population, le département de la Mayenne ne s'oriente pas vers la création de nouvelles places, mais plutôt vers un rééquilibrage des places existantes sur son territoire.

¹Etude conjointe INSEE/ ARS Pays de la Loire, n°101, février 2012 ; http://insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes101/etudes101.pdf

² Drees/ARS/DRJSCS, Statiss 2013 pour les places d'hébergement et Insee, estimations de population au 01/01/2013, disponibles à la date du 04/03/2014

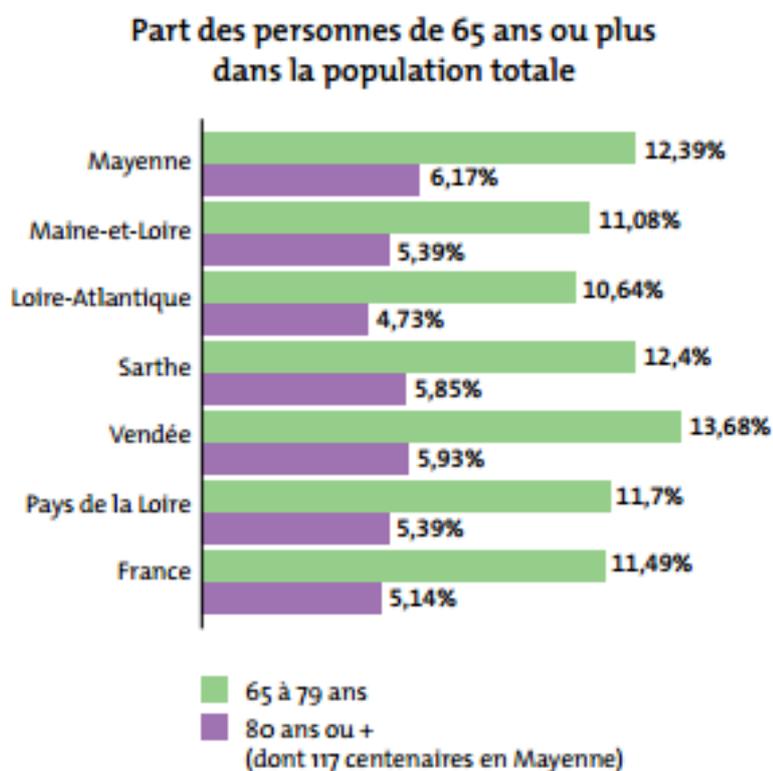
Il convient de souligner que l'explosion du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans dans les prochaines années va induire une diminution du taux d'équipement régional en places médicalisées.

La Mayenne, département le moins peuplé de la région est à dominante rurale. En effet, la moitié des habitants mayennais réside en zone rurale. La densité moyenne de population de 55 habitants/km² est deux fois moins importante que la moyenne régionale et peut aller de 33 hab./km² à plus de 204 hab./km² en moyenne sur le Pays de Laval. La population, inégalement répartie sur le territoire, croît cependant chaque année.

Plus spécifiquement, la population mayennaise est caractérisée par les éléments suivants :

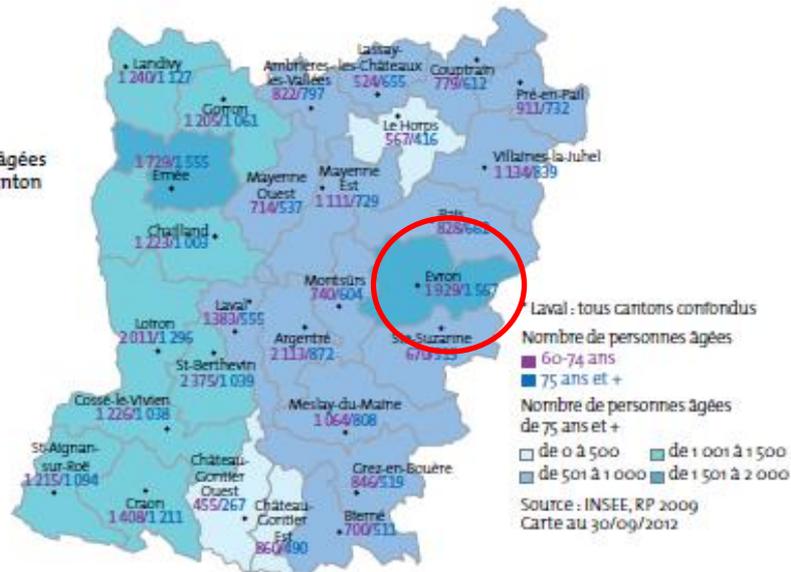
- une espérance de vie qui est l'une des plus élevées de la région et plus forte que la moyenne nationale ;
- un indice de vieillissement élevé et un taux important de personnes âgées institutionnalisées avec fort taux d'éparpillement, surtout dans le Nord du département ;
- une population de personnes âgées, majoritairement présente en zone rurale, avec de faibles revenus ;
- Une offre sanitaire (établissements et ambulatoire) fragile voire déficitaire.

Le territoire de la Mayenne comptabilise 309 106 habitants au dernier recensement (INSEE, janvier 2009), soit 8,6% des habitants ligériens, dont 10% de plus de 75 ans.



SOURCE : SCHEMA DEPARTEMENTAL
D'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-
SOCIALE PERSONNES AGEES 2013-2017

Répartition des personnes âgées par tranche d'âge et par canton

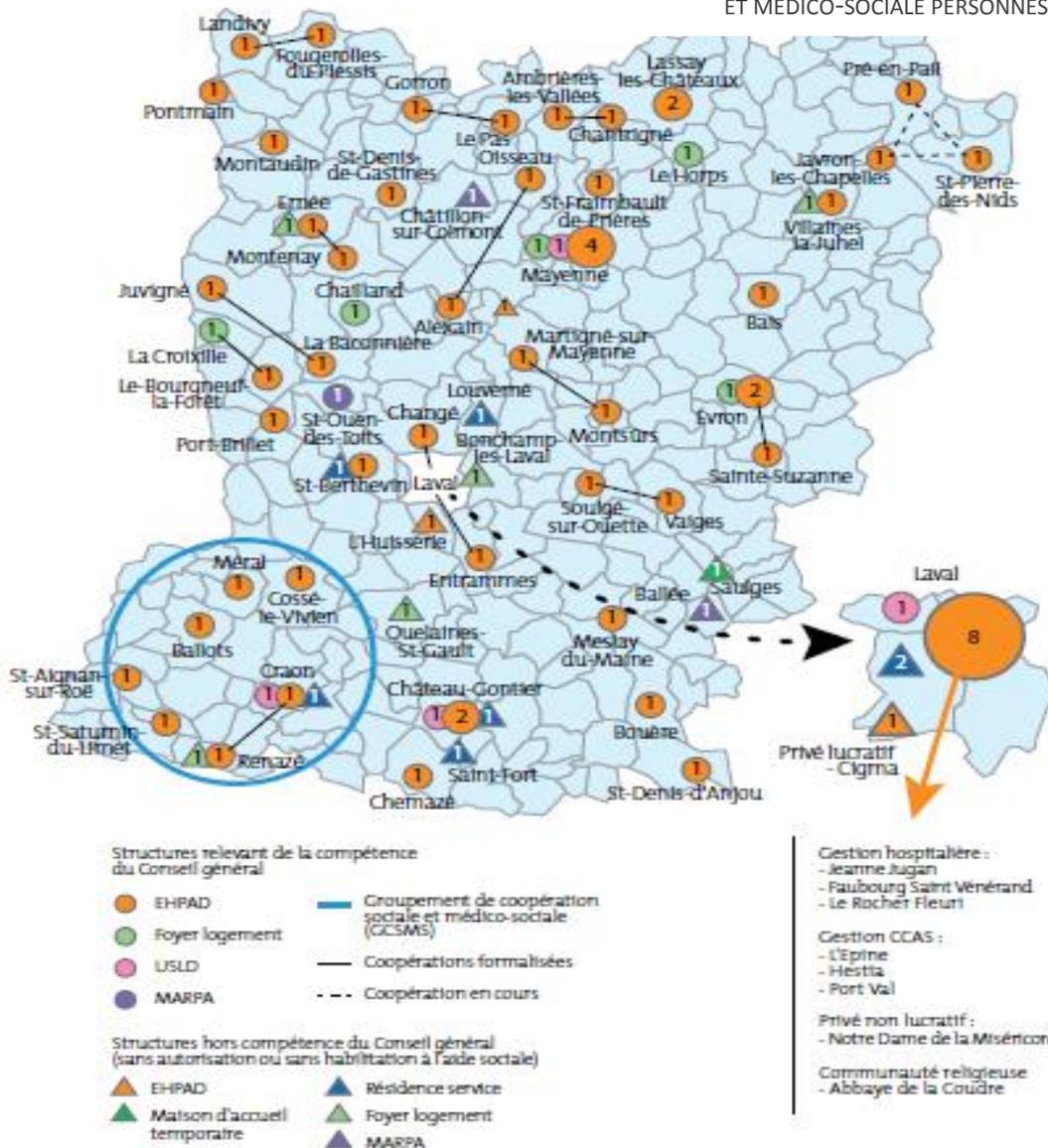


SOURCE : PARCOURS SANTE DES AINES, ARS PAYS DE LA LOIRE, JANVIER 2014

➤ Cartographie de l'offre de soins et d'accueil pour les personnes âgées

• Les solutions d'hébergements

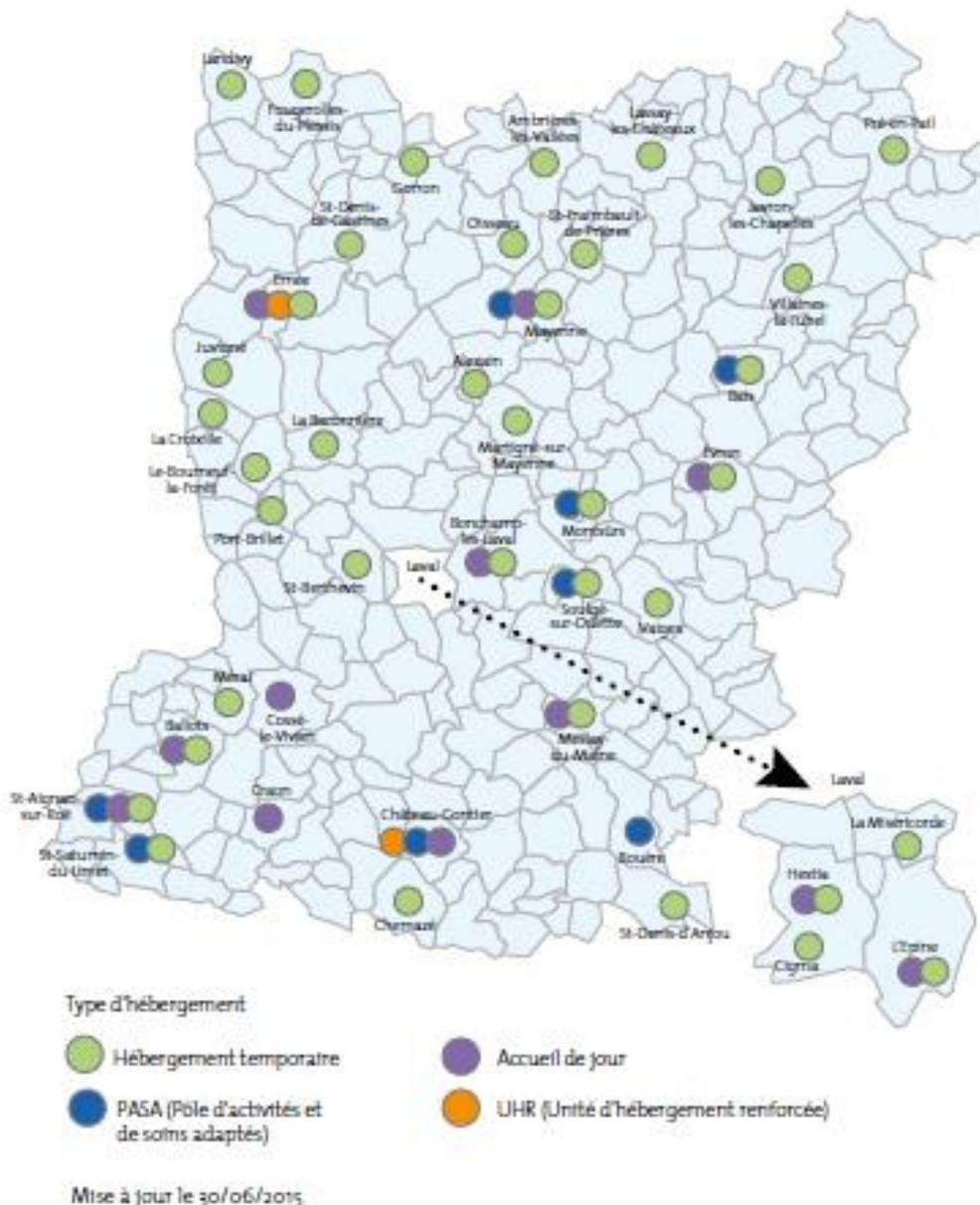
SOURCE : SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE PERSONNES AGEES 2013-2017



A l'Est du département, l'offre relative à l'accueil des personnes âgées semble plus éparse que dans le reste du département. Les EHPAD situés à proximité d'Evron sont des EHPAD publics autonomes. Il s'agit des EHPAD de Montsûrs (14kms), Bais (12,5kms) et Vaiges (16 kms). L'EHPAD de Sainte-Suzanne, en direction commune avec l'hôpital d'Evron, était en procédure de fermeture par l'ARS et le Conseil Départemental. Celle-ci est devenue effective au 31 décembre 2016. A Evron, il existe également un EHPAD privé associatif de 60 places, comprenant une Unité pour Personnes Agées Désorientées (UPAD) accueillant 14 résidents.

- **Les solutions d'accueil temporaire**

Concernant les solutions de répit pour les aidants, l'offre est relativement bien répartie sur l'ensemble du territoire mayennais, en particulier pour l'offre d'hébergement temporaire en EHPAD :



SOURCE : GUIDE DES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES EN MAYENNE

L'offre d'accueil de jour est plus limitée, en particulier sur l'est du territoire. Seul l'EHPAD de l'hôpital d'Evron dispose actuellement de 6 places d'accueil de jour et souhaite augmenter les capacités dans le cadre de ce projet et des orientations nationales visant à développer les offres de répit pour les aidants.

Il est à noter qu'aucune offre d'accueil de nuit n'est proposée dans le département de la Mayenne.

- **Le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale 2013-2017 des personnes âgées du Conseil Général de la Mayenne :**

Il est le fruit d'une large consultation partenariale associant institutionnels, professionnels et bénévoles et s'appuie sur les réflexions et les contributions de plusieurs groupes de travail. Il fixe les objectifs suivants :

- ✓ Veiller à ce que la personne soit acteur de son projet de vie
- ✓ Encourager le décloisonnement des acteurs (sanitaire, social et médico-social) pour une meilleure prise en charge des publics spécifiques
- ✓ Affirmer le rôle essentiel du Conseil Départemental dans le pilotage et la coordination de l'action gériatrique.

- **Le Projet Régional de Santé (PRS) 2011-2015 de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire :**

L'Agence Régionale de Santé a établi les axes prioritaires du PRS 2011-2015 :

- Mettre la personne et ses attentes au cœur du projet
- Proposer des services de santé de qualité dans l'accompagnement au quotidien
- Améliorer la coordination des intervenants dans le parcours de santé des usagers
- Disposer des ressources au bon endroit, au bon moment, adaptées à chaque situation

Parmi les programmes régionaux thématiques proposés par le PRS, le Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR) fixe des orientations plus précises en termes de maîtrise des risques, avec 2 objectifs principaux : « garantir le juste Soins » et « responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé ».

- **Le Programme Territorial de Santé de la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé 2014 (PTS 53) :**

En cohérence avec le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale 2013-2017 des personnes âgées de la Mayenne, le programme territorial de santé de la Mayenne définit les priorités au sein de ce territoire et décline notamment en actions opérationnelles les orientations stratégiques et les objectifs du PRS 2011-2015 et de ses différents schémas.

Les actions plus spécifiques aux EHPAD sont notées ci-dessous :

- ✓ La personne au cœur du système de santé
 - conforter les droits des usagers en établissement médico-social
 - accompagner le développement des projets personnalisés en EHPAD
- ✓ La proximité organisée :
 - Elaborer un programme spécifique en faveur des professionnels de santé salariés
 - Améliorer l'offre pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées à tous les âges de la vie
 - Renforcer la coordination des acteurs (soin, social, médico-social)

2.7. Inscription de l'établissement dans l'environnement : partenariats et ouverture

Les prestations proposées par l'établissement s'inscrivent dans une logique d'optimisation et d'efficience avec d'autres structures ou intervenants, dans une réflexion territoriale de plus en plus présente.

➤ Les conventions

Plusieurs conventions de partenariat sont d'ores et déjà engagées dans différents domaines d'activités ou de compétences. Elles sont listées et suivies dans un registre des conventions.

➤ Les coopérations avec les établissements de santé et structures médico-sociales

Des coopérations sont engagées depuis plusieurs années avec les établissements sanitaires environnants. Elles sont cadrées par des conventions :

- Conventions inter-hospitalières avec les CH de Laval et de Mayenne, avec la polyclinique du Maine située à Laval,
- Convention avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs,
- Convention avec le Centre Médico-psychologique (antenne d'Evron),
- Convention pour de l'hospitalisation à domicile avec l'HAD de Laval.

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), instauré par la nouvelle loi de modernisation du système de santé, est constitué de 7 établissements. Il devra coordonner la prise en charge des usagers. La convention constitutive a été formalisée le 1^{er} juillet 2016 et validée par l'ARS, le 1^{er} septembre 2016.

D'autre part, l'établissement met à disposition ses ressources pour d'autres structures médico-sociales du secteur avec lesquelles des conventions ont été élaborées pour des compétences spécifiques.

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Pérenniser les diverses conventions de partenariat en cours et élargir sur d'autres compétences.

➤ Les partenariats avec l'extérieur

• Professionnels de la filière gériatrique

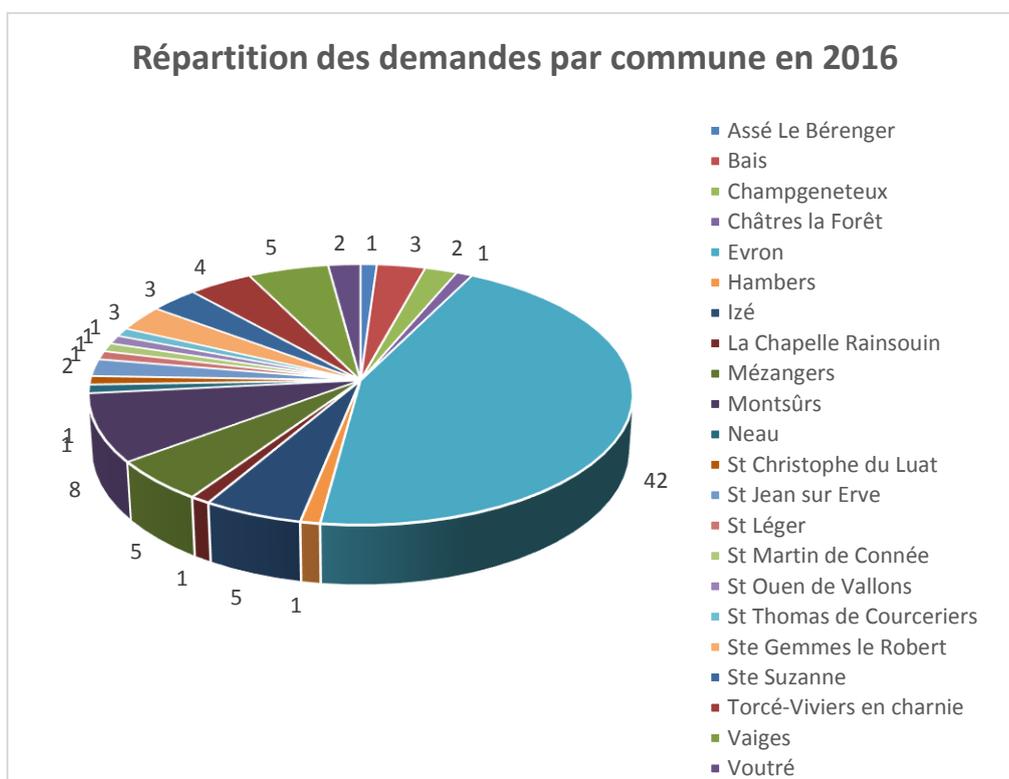
L'hôpital d'Evron est en relation permanente avec les organisations départementales d'accompagnement pour les personnes en perte d'autonomie :

- La Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)
- La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA)

L'établissement est convié aux réunions de concertation organisées par la MDA, pour échanger avec les différents professionnels intervenants auprès des personnes dépendantes, afin d'examiner un parcours cohérent de l'usager.

- **Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR)**

Ce dispositif, financé par l'Agence Régionale de Santé des pays de la Loire, a été créé en 2014, sur le territoire centre de la Mayenne. L'EAAR est coordonnée par le CCAS de Laval, en partenariat avec le Centre Hospitalier de Laval et l'hôpital d'Evron. L'EAAR est destinée aux personnes vivant à domicile souffrant de maladies chroniques ou en état de fragilité, et aux personnes en situation de handicap vieillissantes. L'hôpital d'Evron met à disposition les 2 ergothérapeutes, à hauteur de 30% ETP. Elles assurent les visites à domicile sur le territoire des Coëvrons, participent aux réunions organisées par la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) et aux réunions de services de l'EAAR.



SOURCE : EAAR

La majorité des personnes bénéficiaires de l'EAAR sur le territoire des Coëvrons est domiciliée à Evron.

L'intervention des ergothérapeutes de l'hôpital d'Evron au sein de l'EAAR apporte un bénéfice pour la continuité et la coordination des soins auprès des personnes du secteur des Coëvrons. Par la connaissance des situations à domicile, la préparation de la sortie d'hospitalisation est plus rapide et la coordination avec le SSIAD est meilleure. La coordination est également facilitée lorsqu'à l'inverse, l'EAAR prend en charge des personnes ayant déjà été hospitalisées à Evron.

- **Associations de bénévoles**

Des partenariats existent avec les associations de bénévoles de proximité, pour intervenir auprès des patients et des résidents :

- Association JALMALV « Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie », dans le cadre de la fin de vie,
- Aumônerie d'Evron, pour les personnes catholiques.

Ces partenariats sont formalisés par convention.

- **Le Parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)**

Le Comité National de pilotage des PAERPA a été installé en avril 2013, à l'échelle départementale. Les projets pilotes ont démarré en septembre 2013.

Le PAERPA concerne les personnes de 75 ans et plus, pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre social et/ou médical.

Ce programme propose d'améliorer la prise en charge, l'accompagnement et la coordination des professionnels intervenants auprès des personnes âgées sur les territoires pilotes.

- **Autres partenariats**

L'hôpital d'Evron favorise d'autres échanges avec les structures extérieures, telles que :

- le lycée d'Orion à Evron,
- les instituts de formation paramédicale du département...

Ces partenariats permettent à l'établissement de communiquer sur ses activités auprès de futurs professionnels, de participer à leur formation par des stages de pratique ou des projets ponctuels et ainsi faciliter le recrutement de nouveaux personnels.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Développer les échanges avec l'extérieur pour améliorer le parcours de soins de la personne âgée et élargir les liens sociaux.
- Poursuivre la participation du SSIAD aux PAERPA.

➤ **L'inscription dans des réseaux**

L'hôpital adhère à différents réseaux de professionnels, notamment :

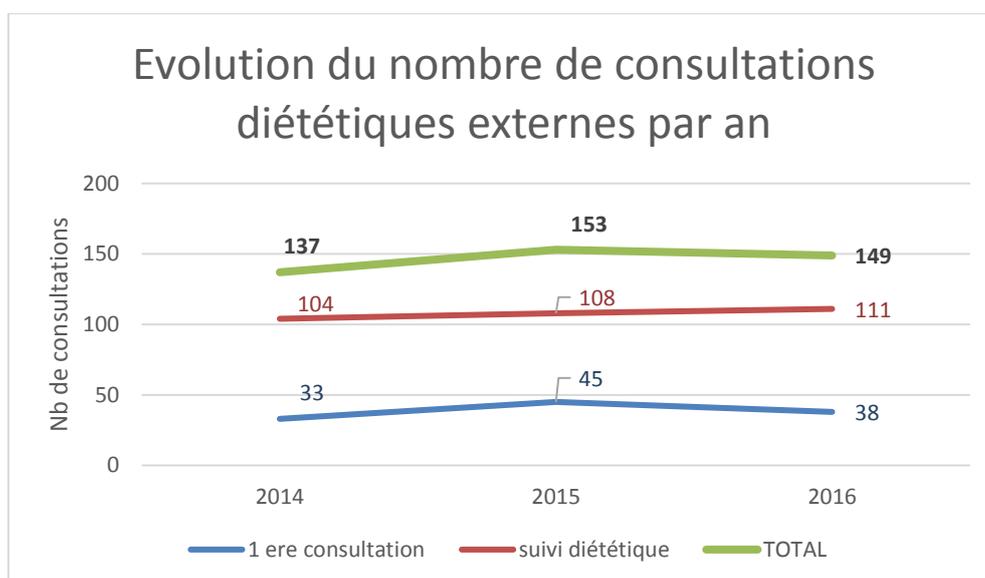
- Réseau QUALIREL SANTE (association pour la qualité, la gestion des risques des établissements des Pays de la Loire). Cette structure d'appui a pour objectif d'accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans l'amélioration des pratiques professionnelles, en vue de l'efficacité de la qualité et de la sécurité du service rendu au patient ou au résident et aux acteurs du système de soins.
- Réseau Mayennais de Lutte contre les Infections Nosocomiales (REMALIN), concernant la gestion des infections associées aux soins.
- Réseau Soins Palliatifs 53, dont la mission est notamment de développer des liens de proximité avec l'ensemble des acteurs concernés en s'appuyant sur les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) existantes dans chaque secteur.
- France Alzheimer et maladies apparentées, qui a pour objectif d'améliorer la prise en soin des personnes malades et des familles. Il participe notamment à la formation des professionnels de santé.

- Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux (ANCHL) qui constitue un lieu d'échanges, de réflexions et de coopération entre les représentants des CHL, afin d'en assurer la reconnaissance au sein du système de santé.
- Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-Santé, pour l'accompagnement dans la mise en œuvre des Systèmes d'Informations partagés destinés à faciliter la circulation des informations en toute sécurité et le développement de la télémédecine sur les territoires.

➤ Prestations externes (offres de proximité)

• Consultations diététiques

SOURCE : SERVICE DIETETIQUE HOPITAL D'EVRON



Entre 2015 et 2016, le nombre de consultation est relativement constant.

Parmi ces consultations, la diététicienne assure également des consultations spécifiques pour le diabète :

	2014	2015	2016
Nombre de consultations diabétiques	0	12	14

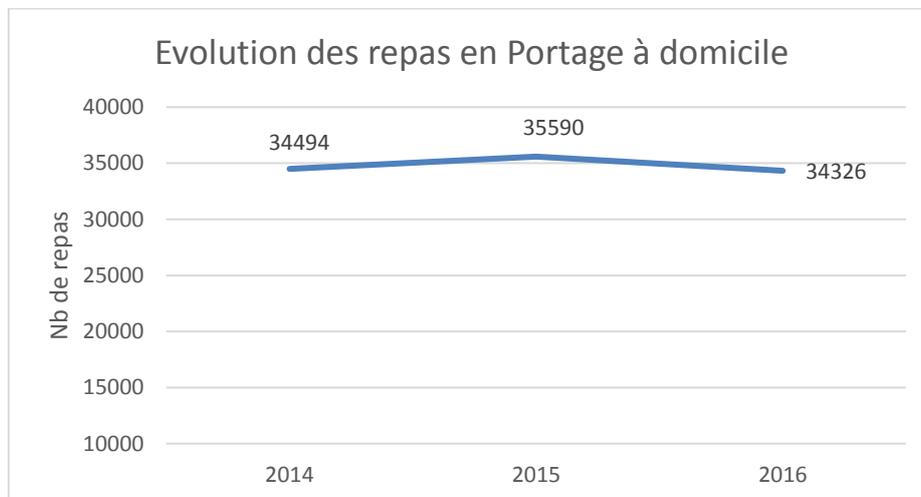
La diététicienne a été formée par le réseau diabète 53 en avril 2013. Les consultations pour le réseau diabète 53 s'amplifient en 2015. L'absence de consultation diabète en 2014 peut s'expliquer par le fait que l'Agence Régionale de Santé ne finançait plus que les consultations individuelles, lorsqu'elles entraient dans le cadre des séances d'éducation thérapeutique. Le réseau diabète n'était donc plus en capacité de rembourser systématiquement les consultations diététiques de leurs adhérents.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Poursuivre la participation au réseau diabète pour les consultations diététiques externes.
- Pérenniser les consultations externes en diététique.

- **Préparation des repas pour le portage à domicile**

Le service restauration de l'hôpital intègre, en plus de son activité quotidienne, la production des repas pour l'ADMR qui assure le portage à domicile. Cette activité représente la part la plus importante parmi les prestations externes. En 2016, elle affiche une valeur de près de 168 000€.

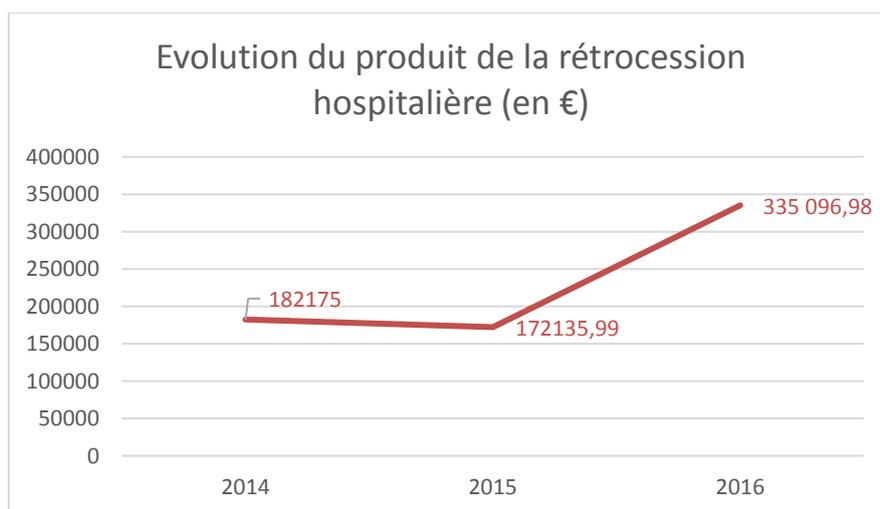


La variation de la quantité de repas servis d'une année à l'autre est dépendante des demandes de la population, ainsi que des entrées en institution ou des décès des personnes âgées.

- **Rétrocession des médicaments**

L'hôpital a une autorisation pour la rétrocession des médicaments, assurée par la pharmacie à usage interne. Cette activité représente également une part importante dans les prestations délivrées pour les personnes extérieures (plus de 25% du produit global).

L'évolution annuelle de la rétrocession se présente ainsi :



Depuis 2014, la rétrocession se fait pour tous les patients habitant dans le secteur, dans l'objectif :

- de répondre à la mission de service public de l'établissement,
- de dispenser des médicaments particuliers, spécifiques au milieu hospitalier.

➤ Consultations avancées

Pour améliorer l'offre de proximité, l'établissement met à disposition des locaux pour programmer des consultations avancées.

Des consultations addictologie sont mises en place, sous la responsabilité du CH de Laval. Elles ont été interrompues en 2014 et reprises en octobre 2016, par le C.S.A.P.A. (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Pérenniser la coopération avec le CH de Laval, dans le cadre des consultations avancées (addictologie).
- Développer les consultations externes différenciées (consultations mémoire, dermatologie, santé mentale...).

2.8. Organisation de la communication interne et externe

La communication est un vecteur essentiel d'information non seulement pour l'ensemble des professionnels de l'établissement, mais aussi pour les usagers. Il est nécessaire de maîtriser et de centraliser toutes les voies de communication, afin que l'information soit la plus précise et complète pour tous.

2.8.1. La communication interne

La communication interne est basée sur un fonctionnement via un circuit papier et sur un système intranet, permettant aux professionnels d'accéder aux protocoles, notes de service, comptes-rendus d'instances, annuaire interne...

Lorsqu'ils ne sont pas fait oralement, les échanges internes se font par la messagerie électronique ou en utilisant la messagerie intégrée au dossier patient informatisé.

Les règles d'élaboration, de validation et de diffusion sont décrites dans la « procédure des procédures ». Des exemplaires papiers de certains protocoles d'urgence sont mis à disposition dans les services de soins.

Les actions du plan d'amélioration de la qualité sont étudiées par les différents groupes de travail institutionnels, puis validées par les commissions et instances (Conseil de surveillance, Commission Médicale d'Etablissement, CSIRMT, Commission Des Usagers, COGERISQ, CTE, CHSCT et Conseil de la Vie Sociale).

Un affichage physique à destination du public est également en place dans l'établissement.

2.8.3. La communication externe

La communication externe est le vecteur permettant d'informer la population locale sur les missions de service public de l'hôpital d'Evron.

Elle se fait par plusieurs moyens : la presse locale, le site Internet de l'établissement, mais aussi par l'intermédiaire des partenariats développés avec les autres établissements (établissements de santé, instituts de formation ou structures locales d'information et d'accompagnement des usagers).

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Formaliser le plan de communication interne et externe de l'établissement.

2.9. Modalités d'expression et de participation des usagers

La participation des personnes accueillies et de leur entourage est favorisée par différents moyens, au sein de l'établissement :

A. EXPRESSION ET PARTICIPATION SUR LE PLAN INDIVIDUEL

Dans leurs pratiques quotidiennes, les professionnels veillent à favoriser l'expression et la participation des personnes accueillies, en étant à l'écoute de leurs besoins et attentes.

Le recueil des plaintes et réclamations est réalisé et suivi par la direction et le service qualité, sur la base des courriers ou mails adressés à la direction ou au cadre de santé, ainsi que des entretiens qui peuvent être sollicités par les résidents ou les familles.

Des boîtes à suggestion sont installées dans chaque service pour permettre aux résidents, proches, visiteurs, intervenants ou membres du personnel d'y déposer leurs réclamations et leurs suggestions d'amélioration. Celles-ci font l'objet d'un traitement systématique et d'un suivi lors du Conseil de la Vie Sociale.

Une permanence est organisée au sein de l'établissement 3 fois par an, par les représentants des résidents et des familles siégeant au Conseil de la Vie Sociale. Elle permet de recueillir les doléances et les satisfactions des usagers pour les faire remonter à la direction.

Les listes des représentants du Conseil de la Vie Sociale et de la Commission Des Usagers, ainsi que les noms des Personnes Qualifiées, sont disponibles par voie d'affichage dans l'établissement.

B. EXPRESSION ET PARTICIPATION SUR LE PLAN COLLECTIF

Le recueil des avis et propositions des usagers sur le fonctionnement de la structure est réalisé selon différentes modalités :

- **Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) :**

Le conseil de la vie sociale (CVS) est une instance consultative, instituée pour associer les résidents et leurs familles à la réflexion sur la qualité des prestations qui leurs sont délivrées.

Sa composition est conforme à la réglementation et affichée dans les services, tout comme les comptes-rendus des réunions. Actuellement, la présidence est assurée par un résident.

Les permanences tenues par les représentants du CVS permettent d'informer les usagers et leurs proches sur le rôle du CVS.

- **La Commission Des Usagers (CDU) :**

Instance de l'hôpital à destination des usagers, la CDU répond au souci de démocratie sanitaire. Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, faciliter leurs démarches, formuler des recommandations et se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité.

Elle est notamment composée de 4 représentants des usagers, issus d'associations, nommés par l'ARS.

En cas de réclamation à formuler, l'établissement invite le patient à faire un courrier au directeur ou au représentant des usagers.

L'ensemble des événements indésirables graves doivent être portés à la connaissance de la CDU, avec les mesures de suivi.

- **La Commission des menus :**

Afin d'évaluer la satisfaction des usagers sur leurs repas et de recueillir leurs attentes et suggestions pour les propositions de menus, la commission se réunit deux fois par an sous l'égide de la diététicienne.

Elle réunit des représentants des résidents de l'EHPAD et de la résidence autonomie, des soignants de chaque service, les animatrices et un cuisinier. Les comptes-rendus sont relayés auprès des résidents par les animatrices.

- **Les enquêtes de satisfaction :**

L'expression des usagers est recueillie par le biais d'enquêtes de satisfaction pour la prestation restauration. Elle est renouvelée tous les 3 ans dans chaque secteur. Les résultats et les pistes de réflexion sont présentés aux membres du CVS (EHPAD et Résidence autonomie).

Des questionnaires de satisfaction sont également transmis :

- tous les 3 ans aux bénéficiaires du portage des repas à domicile.
- annuellement aux usagers de l'accueil de jour et aux bénéficiaires du SSIAD.

Des questionnaires de sortie sont remis systématiquement à chaque entrée dans le secteur sanitaire. De plus, une enquête de satisfaction sur la thématique « Bienveillance » est réalisée mensuellement auprès de quelques patients, par les représentants des usagers de la CDU.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Pérenniser les enquêtes de satisfaction auprès des résidents et leur entourage.
- Impliquer les représentants des usagers dans l'évaluation de la satisfaction et l'écoute des usagers.

A blue rounded rectangular graphic with a white crescent-shaped cutout on the right side, containing the text '3 - LE PROJET MEDICAL'.

3 - LE PROJET MEDICAL

3. Le projet médical

L'hôpital d'Evron fait partie des centres hospitaliers de proximité dont les missions sont plus spécifiquement orientées vers le parcours de soins des personnes âgées. Il constitue un maillage du territoire, en offrant une diversité d'activités dans le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Le projet médical décliné ci-après détermine les objectifs de l'hôpital d'Evron pour les cinq prochaines années.

Les orientations médicales de l'établissement ont été définies après une réflexion fondée sur l'analyse des besoins quantitatifs et qualitatifs de la population, une étude de l'offre de soins existante et un bilan diagnostic des points forts et des faiblesses de l'établissement.

Les lignes directrices de ce projet sont le reflet de l'activité actuelle, en lien avec les objectifs des schémas d'orientations sanitaires et médico-sociales, sans perdre de vue la nécessité de concilier les impératifs suivants :

- mettre en place une réponse de qualité aux besoins de la population,
- maîtriser les coûts d'investissement et d'exploitation,
- optimiser les conditions de travail du personnel.

3.1. Analyse des données d'activité médicale

3.1.1. Présentation de l'activité Médecine

L'hôpital d'Evron compte 15 lits en médecine, dont 4 lits dédiés en soins palliatifs.

➤ Taux d'occupation

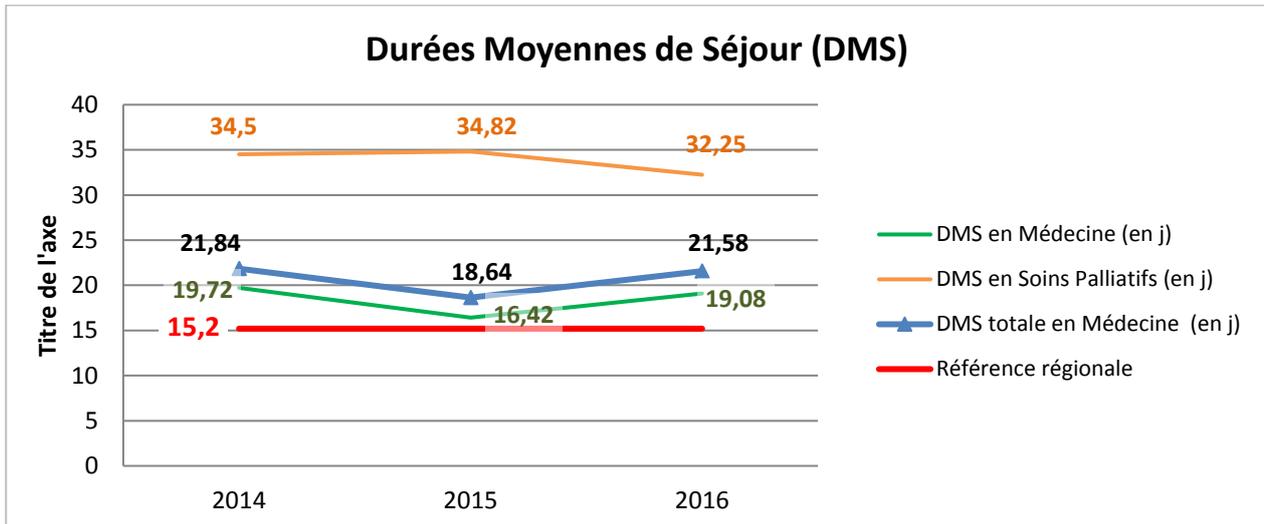
En 2016, 232 séjours représentant 5 238 journées de présence sont dénombrés, soit un taux d'occupation global de l'établissement de 95,7%.

L'activité de soins palliatifs représente 1 463 journées de présence, soit un taux d'occupation de 100,2% pour les 4 lits dédiés.

➤ Activité générale

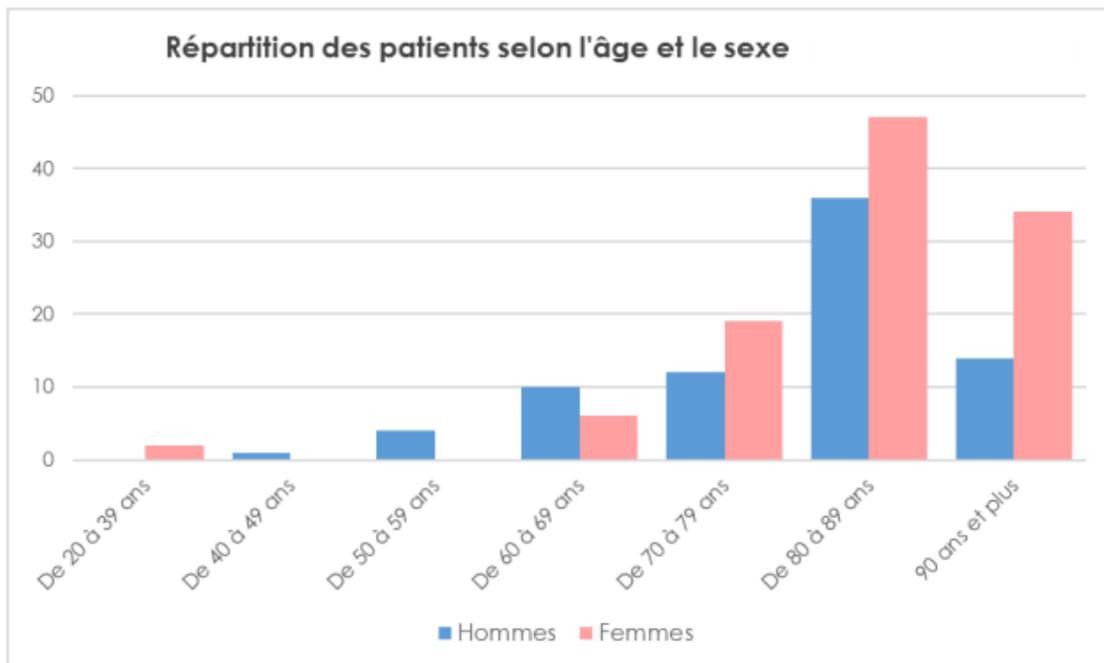
SOURCE : DONNEES PMSI (RAPPORT D'ACTIVITE 2016 – AUDITIME CONSEILS)

Nombre de séjours valorisés	2014	2015	2016	Evolution 2015-2016
Nombre de séjours Médecine	191	204	188	- 7,84%
Nombre de séjours Soins Palliatifs	32	28	44	+ 57,14%
Nombre total de séjours Médecine	223	232	232	0%



➤ Description de la population hospitalisée

SOURCE : DONNEES PMSI (RAPPORT D'ACTIVITE 2016 – AUDITIME CONSEILS)

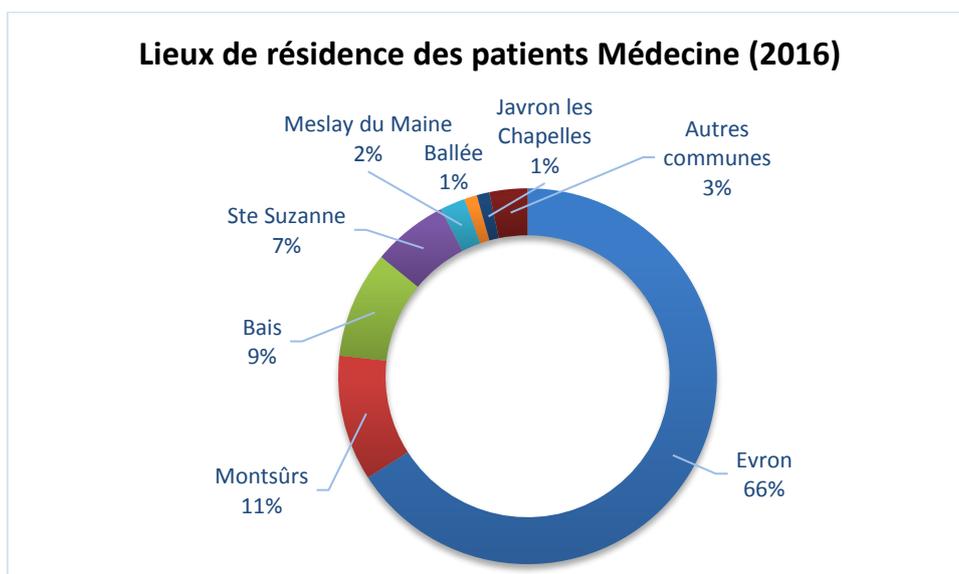


Sur les 185 patients hospitalisés en 2016, les femmes sont plus nombreuses que les hommes (108 contre 77).

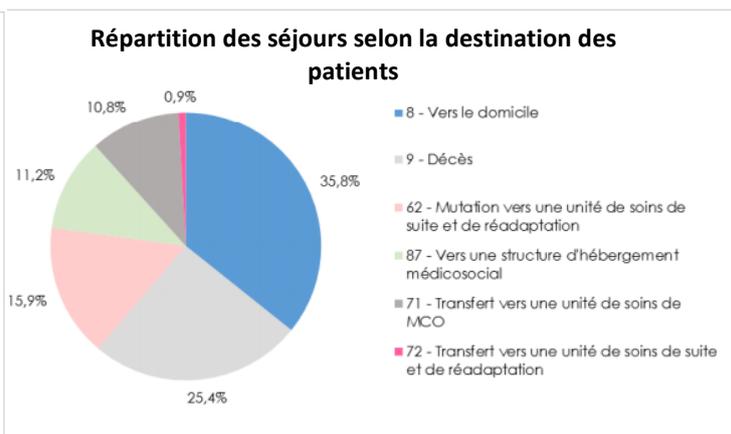
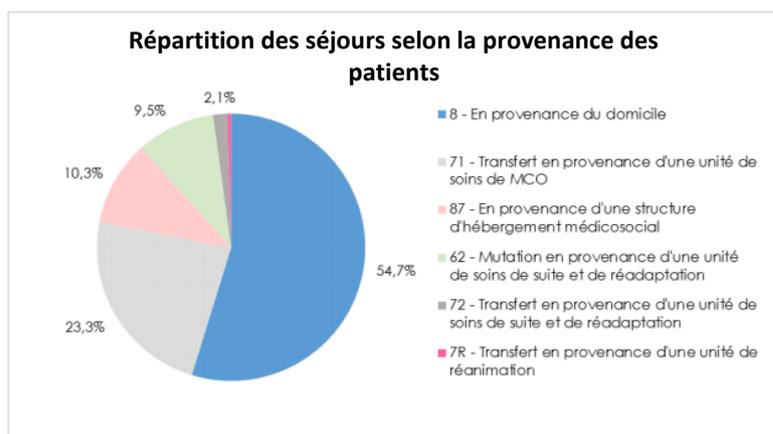
70,8% de la population hospitalisée a 80 ans et plus (dont 25,9% de 90 ans et plus).

La moyenne d'âge des patients est de 82 ans. Les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes (84 contre 80 ans).

Lieux de résidence des patients Médecine (2016)



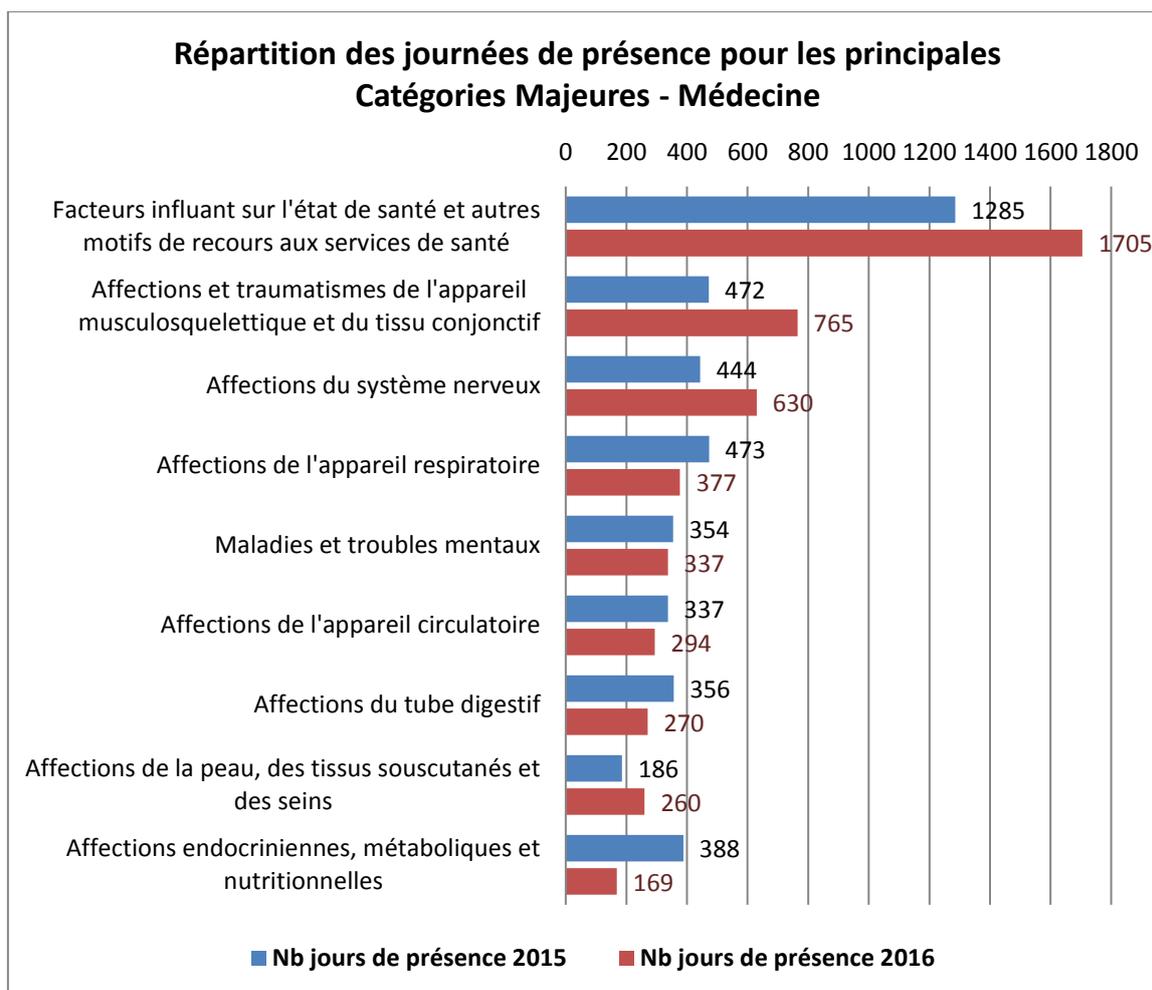
100% des patients sont originaires de la Mayenne. Ils sont 66% à provenir de la commune d’Evron et 93% résident dans la Communauté de Communes des Coëvrons (3C).



Plus de la moitié des patients proviennent de leur domicile, ainsi que des services d’urgences sans hospitalisation ; 23,3% ont été transférés depuis une unité MCO d’un autre établissement ; 10,3% viennent d’une structure médico-sociale et 9,5% ont été mutés depuis l’unité SSR de l’établissement.

➤ Catégories Majeures (CM)

SOURCE : DONNEES PMSI (RAPPORT D'ACTIVITE 2016 – AUDITIME CONSEILS)



Concernant les pathologies les plus représentées, on constate une hausse d'activité de 32,7% observée entre 2015 et 2016. Les soins palliatifs représentent 85,8% de cette CM. Les autres prises en charge principales concernent des patients venant pour affection et traumatisme de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (14,7% des journées d'hospitalisation), pour affection du système nerveux (12,1% des journées), pour affections de l'appareil respiratoire (7,2% des journées), pour maladies et troubles mentaux (6,5% des journées) et pour affections de l'appareil circulatoire (5,6% des journées).

3.1.2. Présentation de l'activité Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

L'hôpital dispose d'une autorisation pour 35 lits de soins de suite et réadaptation (SSR), en soins polyvalents Adulte.

➤ Taux d'occupation

On dénombre 10 695 journées en hospitalisation complète, soit un taux d'occupation global de l'établissement de 84,2%.

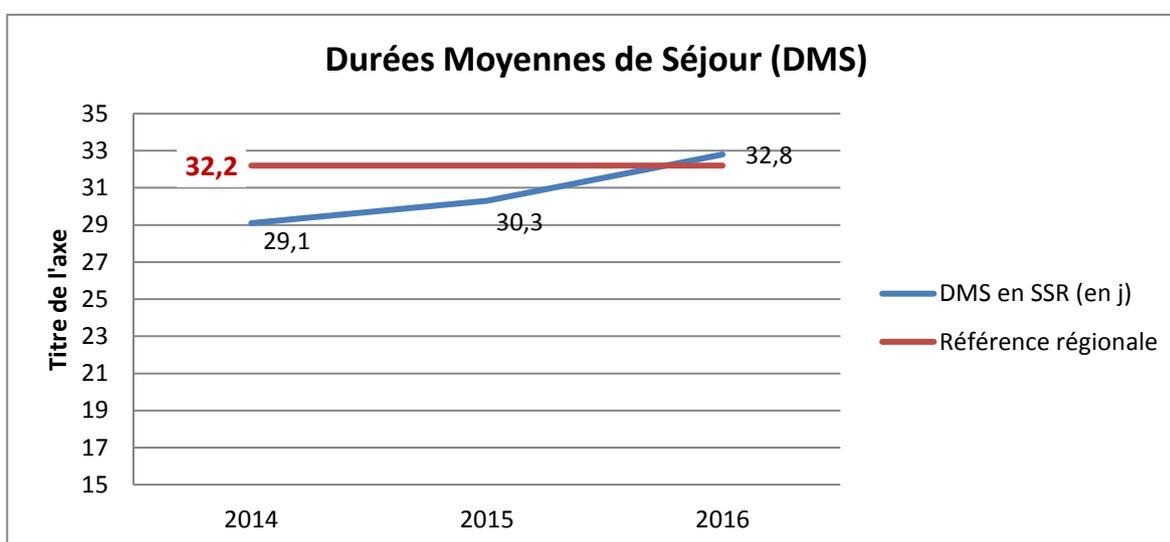
➤ Activité générale

SOURCE : DONNEES PMSI (RAPPORT D'ACTIVITE 2016 – AUDITIME CONSEILS)

	2014	2015	2016	Evolution 2015-2016
Nombre de séjours valorisés	387	386	328	-15%

En 2016, le nombre de séjours a diminué de 15% par rapport à l'année précédente. Cette diminution est consécutive à l'emménagement temporaire de résidents dans le service de SSR, durant les travaux en EHPAD, couplé à l'accueil des résidents de l'EHPAD de Sainte-Suzanne, en procédure de fermeture. Des chambres simples ont été alors transformées en chambres doubles, entraînant des difficultés pour l'admission des patients, selon les pathologies et le sexe.

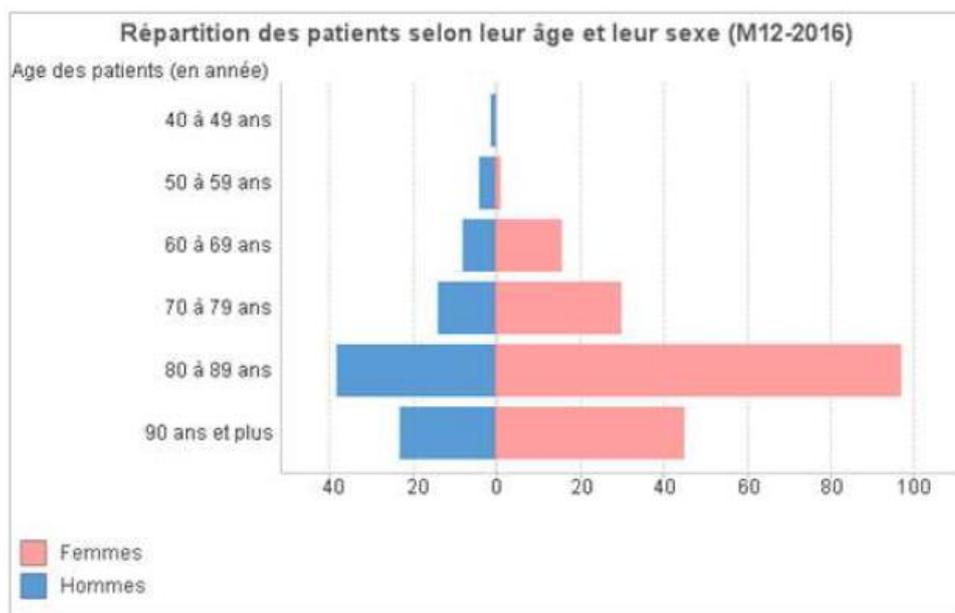
Depuis plusieurs années, il est constaté une baisse d'activité en période estivale, probablement consécutive aux congés des chirurgiens.



Après une hausse de 1,2 jour entre 2014 et 2015, la DMS a de nouveau augmenté en 2016, de 2,5 jours (soit 8%), dépassant légèrement la DMS régionale. La durée de séjour croissante peut s'expliquer par l'absence de place en EHPAD notamment, ou encore une difficulté du patient pour rentrer à son domicile, du fait d'un manque d'assurance. Devant cette problématique, l'établissement réfléchit à la diversification de l'offre médico-sociale (appartement thérapeutique, accueil de nuit...).

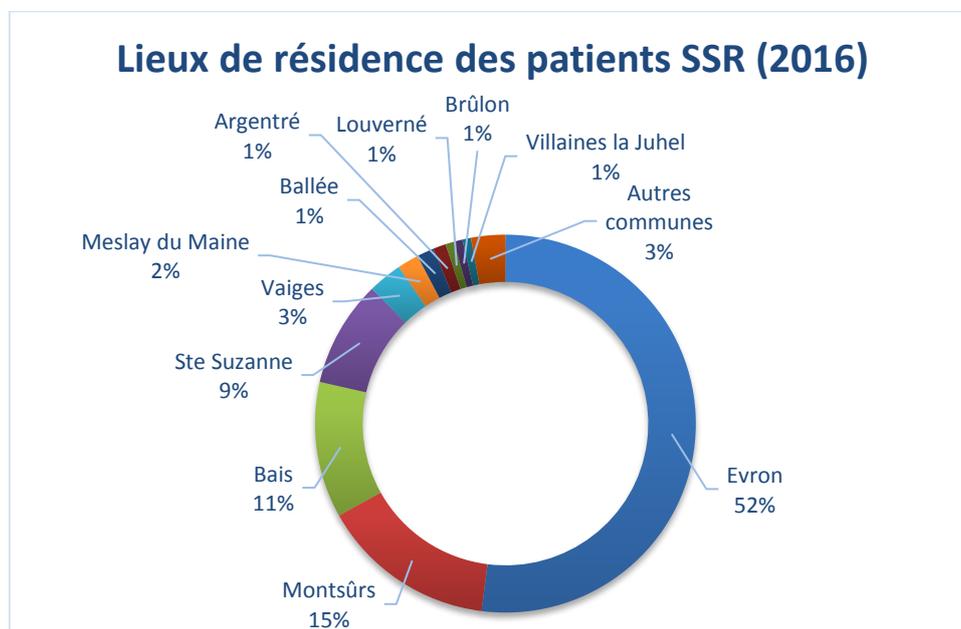
➤ Description de la population hospitalisée

SOURCE : DONNEES PMSI (RAPPORT D'ACTIVITE 2016 – AUDITIME CONSEILS)



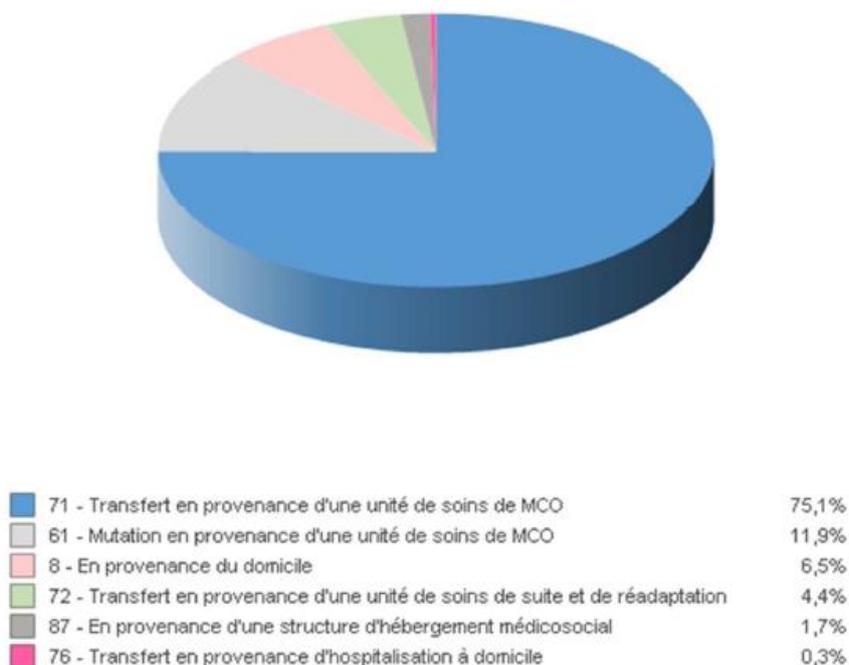
Les patients pris en charge en SSR en 2016 sont âgés de 39 à 102 ans et la moyenne d'âge est de 83 ans, contre 82 ans en 2015. Les patients ayant plus de 80 ans représentent toujours la majorité de la population accueillie, soit 73,2% (68% en 2015).

Les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes (84 ans contre 82 ans pour les hommes).



En 2016, les patients sont à 98% originaires de la Mayenne, dont 90% résident dans la Communauté de Communes des Coëvrons.

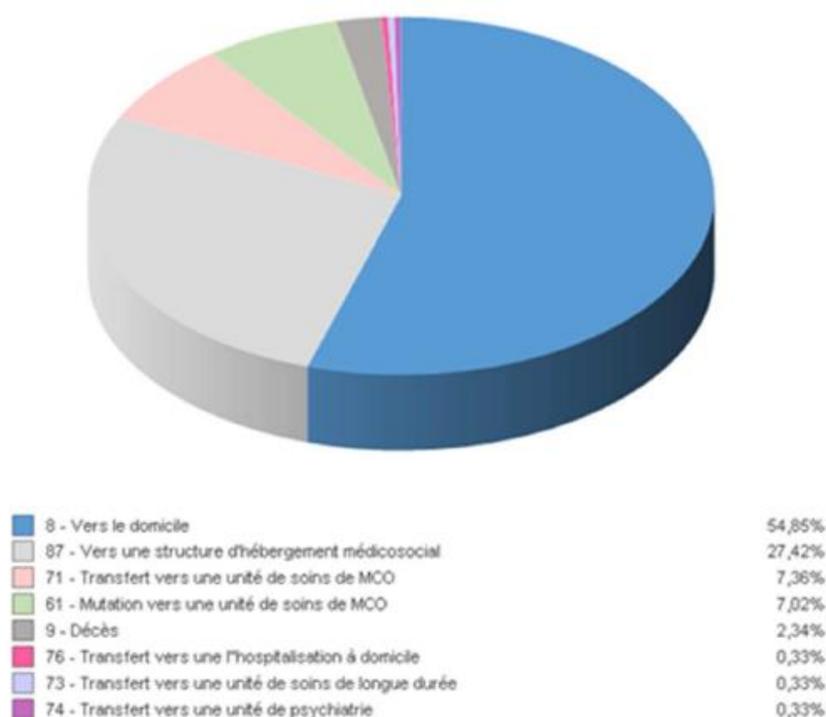
Répartition des séjours selon la provenance des patients SSR (2016)



Comme l'année précédente, les patients proviennent en majorité d'une unité MCO d'un autre établissement, soit 75,1% pour 2016 contre 83% en 2015 ; 11,9% viennent du service de médecine de l'hôpital d'Evron ; 6,5% viennent de leur domicile et 4,4% ont été transférés depuis une unité SSR d'un autre établissement.

Répartition des séjours selon la destination des patients SSR (2016)

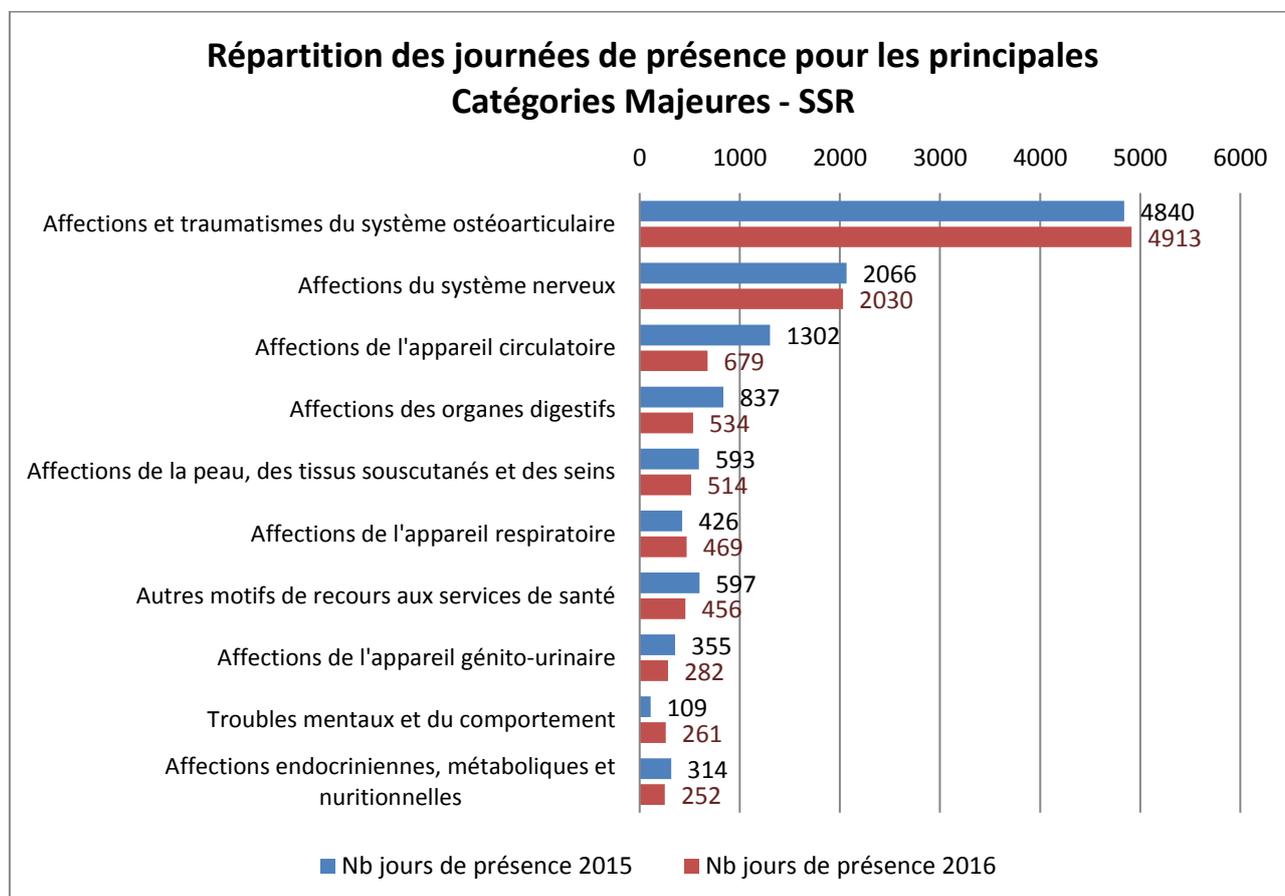
Répartition des séjours selon la destination des patients (M12-2016)



A l'issue de leur hospitalisation, 54,8% des patients retournent à leur domicile et 27,4% sont dirigés vers une structure médico-sociale.

➤ Catégories Majeures (CM)

SOURCE : DONNEES PMSI (RAPPORT D'ACTIVITE 2016 – AUDITIME CONSEILS)



Les deux principales activités à l'hôpital d'Evron sont les prises en charge pour affections et traumatismes du système ostéoarticulaire avec 45,9% des journées d'hospitalisation en 2016, puis les affections du système nerveux, qui représentent 19% des journées.

De fortes baisses d'activité sont observées pour les prises en charge des affections de l'appareil circulatoire et les affections du système digestif. Les diminutions sont respectivement de 47,8% et 36,2%.

Concernant l'activité de rééducation et de réadaptation ostéoarticulaire, l'hôpital d'Evron se démarque par sa spécialisation en rééducation et réadaptation de fractures du membre inférieur (29 % des journées) et des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (21,5 % des journées).

Les affections du système nerveux concernent majoritairement les maladies d'Alzheimer et démences apparentées (49,5% des journées).

3.1.3. Analyse de l'attractivité de l'établissement

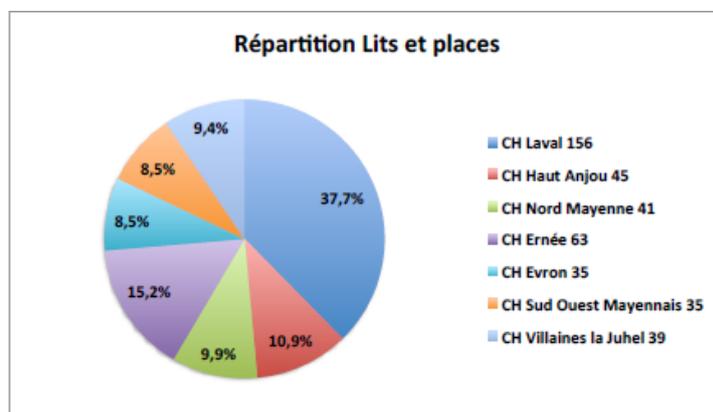
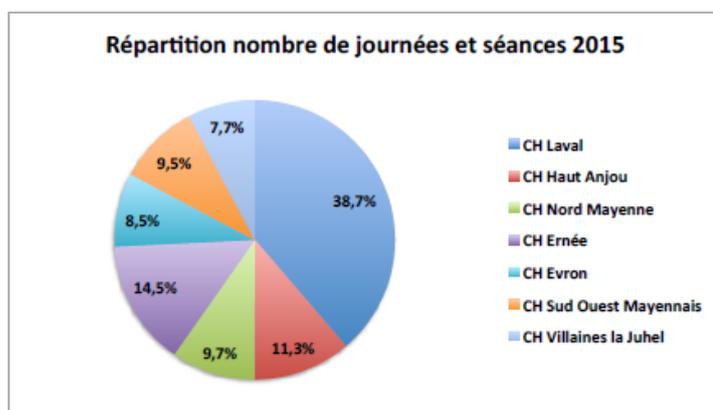
➤ Activité Médecine – focus sur l'activité de soins palliatifs

Concernant l'activité médecine dans sa globalité, les chiffres de l'ATIH de 2013 montrent un taux de fuite de 93,5% pour l'hôpital d'Evron, justifié par le fait que l'établissement ne dispose pas d'un plateau technique étayé, étant orienté plus spécifiquement vers la filière gériatrique.



Concernant l'activité soins palliatifs, ce taux de fuite passe à 56,3%, montrant la nécessité de cette activité pour le bassin de population.

➤ Activité Soins de suite et de réadaptation :



SOURCE : DIAGNOSTIC ALIUM JUIN 2016

Les graphiques montrent qu'au sein du département l'activité SSR actuelle de l'hôpital d'Evron répond en grande partie aux besoins du bassin de population. L'activité est en corrélation avec les capacités d'accueil de l'établissement.



En 2013, un taux de fuite de 24,6% est constaté pour l'ensemble de la filière Soins de Suite et de Réadaptation. Mais il est à noter que ce pourcentage concerne une majorité des patients pris en charge dans des services de SSR spécialisés (pédiatrie, cardiologie, patients en état végétatif chronique, handicap lourd...) ne relevant pas de l'activité de l'hôpital d'Evron.

➤ Constat des forces et faiblesses

Dans le cadre de la préparation de la convention constitutive du GHT, un rapport élaboré par un cabinet de conseil a été présenté aux établissements de santé du département en juin 2016. Il a permis d'établir leurs forces et faiblesses. Concernant l'hôpital d'Evron, le diagnostic suivant a été établi :

Forces :

- Culture gériatrique forte avec une vraie coordination entre les services (Médecine, SSR, EHPAD),
- Bonne dynamique ville-hôpital,
- Volonté d'être le support gériatrique du bassin,
- Soutien fort des élus du bassin.

Faiblesses :

- Des départs de médecins à venir,
- Peu d'échanges entre l'ancienne et la nouvelle génération médicale,
- Des DMS en MCO au-delà de la moyenne régionale.

3.2. Moyens humains

L'encadrement médical et paramédical est composé de fonctions variées, réparties dans les différents secteurs d'activités de la façon suivante (tableau détaillé dans le projet social) :

CATEGORIES PROFESSIONNELS	EFFECTIFS AU 31/12/2016 (en Equivalent Temps Plein)				
	SECTEUR SANITAIRE	EHPAD	ACCUEIL DE JOUR	SSIAD	RESIDENCE AUTONOMIE
Personnels des services de soin et de rééducation	51,49 ETP	100,40 ETP	2,30 ETP	15,70 ETP	5,70 ETP
Personnels éducatifs et sociaux	0,50 ETP	0,60 ETP	/	/	/
Personnels Médico-techniques	2,80 ETP	/	/	/	/
Personnel Médical (incluant le pharmacien)	2,50 ETP	1,30 ETP	/	/	/

D'autres professionnels extérieurs interviennent sous convention, de façon ponctuelle :

- Socio-esthéticienne
- Pédicure
- Centre Médico-Psychologique (psychiatre et IDE psychiatrique)
- IDE libérale (pour le SSIAD)
- Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CH de Laval
- Bénévoles de l'association JALMALV

3.3. Modalités d'organisation

3.3.1. Modalités d'admission

L'admission des patients et des résidents relève de la responsabilité médicale.

En Médecine et en SSR, il appartient au médecin de vérifier si l'état du patient nécessite une prise en charge par la structure gériatrique de proximité ou des soins techniques et spécialisés que seul un service de pointe peut lui procurer. Les admissions se font :

- directement du domicile ou d'un établissement médico-social, sur prescription du médecin traitant,
- par transfert du service des urgences des hôpitaux,
- par transfert d'un service d'un autre CH (au regard du traitement et des soins),
- par mutations internes.

En SSR, les admissions se font par transfert d'autres établissements de santé par le biais de l'outil TRAJECTOIRE, lorsque les établissements adresseurs sont équipés.

En EHPAD, les admissions sont sous la responsabilité de la direction, après avis du médecin coordonnateur.

Une Commission d'admission réunissant le médecin coordonnateur, l'ensemble des cadres de santé de l'EHPAD et du secteur sanitaire, ainsi que l'assistante médico-administrative de l'EHPAD, examine régulièrement les demandes d'admission, selon des critères définis et validés par la Commission Médicale d'Établissement (CME) et le Conseil de Surveillance :

- Personne âgée de plus de 60 ans, classée en GIR 1 à 4
- Origine géographique de la demande située dans les Coëvrons
- Date de la demande d'inscription
- Priorité donnée aux locataires de la résidence autonomie « Les Charmes »
- Urgence de la situation à domicile

Les limites d'accueil en EHPAD entraînant un refus sont, entre autres : syndrome démentiel avec déambulation importante, état pauci-relationnel, ponctions itératives, fin de vie proche...

Un protocole est formalisé afin d'organiser les modalités d'inscription ou de refus d'admission, ainsi que la communication des informations au futur résident et à ses proches.

3.3.2. Organisation des soins médicaux

Le secteur sanitaire est ouvert aux médecins libéraux du territoire, de ce fait, actuellement 13 médecins interviennent dans le service Médecine. Les autorisations sont délivrées par le directeur de l'établissement, sous couvert de la CME.

En SSR, trois médecins attachés et un médecin libéral autorisé effectuent des vacations programmées à la semaine pour prendre en charge les patients.

La continuité des soins est assurée par les médecins attachés du secteur sanitaire, le médecin coordonnateur de l'EHPAD, en plus des vacations assurées par les médecins libéraux en Médecine et en EHPAD. Dans le cadre de leur service de garde de ville, les médecins assurent également l'astreinte médicale, dans un bâtiment annexe de l'hôpital.

3.3.3. Services transversaux

➤ Pharmacie à usage intérieur (PUI)

L'établissement dispose d'une PUI ouverte du lundi au vendredi, avec un pharmacien à temps partiel et une équipe de préparateurs en pharmacie. Elle assure la préparation hebdomadaire et le contrôle des piluliers, ainsi que la préparation des dotations en médicaments et DMS (Dispositifs Médicaux Stériles) de l'ensemble des services de soins et d'hébergement de l'établissement.

La pharmacie effectue le reblistérage des comprimés pour assurer leur identification.

La pharmacienne assure les conseils de bon usage des produits de santé auprès des professionnels.

Le transport des produits de santé est réalisé de manière sécurisée (chariots médicaments et caisses avec clé).

➤ **Service de rééducation fonctionnelle**

L'établissement dispose d'un plateau de réadaptation et rééducation. L'équipe de rééducateurs intervient du lundi au vendredi sur l'ensemble des services de Médecine, de SSR et de l'EHPAD. Elle est composée de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et de soignants assurant une aide à la manutention des personnes. Ces moyens favorisent une approche complémentaire et individualisée des problèmes du patient/résident et de son entourage, lui donnant le maximum de chances pour retrouver son autonomie et permettre l'aménagement ou le réaménagement de son projet de vie si ses capacités fonctionnelles ne sont pas récupérées.

➤ **Service diététique**

Une diététicienne assure, en collaboration avec l'équipe soignante et le médecin, la prise en charge et le suivi nutritionnel des patients et des résidents de l'EHPAD, en fonction de leur pathologie, tels que dénutrition, troubles de la déglutition, troubles du transit ou encore diabète. Elle a en charge l'élaboration de menus équilibrés, en collaboration avec le responsable des cuisines.

➤ **Psychologues**

Deux psychologues à temps partiel interviennent dans l'établissement, une pour le secteur sanitaire, l'autre pour l'EHPAD. Elles assurent le soutien psychologique des patients et résidents qui le nécessitent, concourent à l'accompagnement des personnes en fin de vie. En cas de besoin, elle participe à l'accompagnement des familles. En EHPAD, la psychologue évalue l'adaptation des résidents quelques temps après leur entrée, réalise des bilans cognitifs, participe au recueil des directives anticipées et des consignes en cas de décès.

➤ **Autres services**

L'établissement fait appel à des prestataires extérieurs locaux pour assurer les services médico-techniques suivants : laboratoire d'analyses médicales, radiologie et transports des personnes.

3.4. Management de la prise en charge médicamenteuse

La qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient sont une préoccupation majeure pour l'hôpital d'Evron, dont l'ambition est de diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable.

La démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse intègre les étapes suivantes :

- La prescription
- La dispensation et le transport
- Le stockage des médicaments et dispositifs médicaux
- La préparation des traitements
- La distribution et l'administration
- La surveillance thérapeutique

Le maintien de la vigilance sur l'identification des patients et des médicaments, ainsi que la traçabilité des médicaments administrés sont un objectif tout au long du circuit du médicament.

L'informatisation de la prescription et des différentes étapes du circuit du médicament sont en place depuis 2012.

L'hôpital a nommé un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Avec l'appui du pharmacien de la PUI et de la direction des soins, il participe à la réflexion pour des organisations plus performantes et la mise en place des partages d'expériences au sein de l'établissement.

La sécurisation du circuit du médicament fait partie des priorités d'actions pour l'établissement. Le travail doit se poursuivre sur les cinq années du projet d'établissement. Des audits sur le circuit du médicament sont renouvelés périodiquement sur la base des outils proposés par l'ANAP et par l'OMEDIT Ile de France, notamment.

L'évaluation de la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient est au cœur de différents dispositifs régionaux et nationaux (Contrat de Bon Usage du médicament annexé au CPOM, certification HAS, inspection des PUI, IPAQSS). Il est nécessaire d'assurer une synergie et complémentarité entre ces démarches et leurs objectifs.

3.5. Actions de soins, de prévention et d'éducation

L'équipe médicale est attentive aux moyens mis en place pour la prévention et le traitement des risques inhérents aux pathologies prises en charge. Ces derniers sont identifiés dans chaque projet thérapeutique individualisé du patient ou projet de vie du résident. L'ensemble des risques et les particularités de prise en charge sont détaillés dans le projet de soins des professionnels paramédicaux.

➤ Le risque infectieux

A la suite d'une réserve majeure prononcée lors de la certification v2010, l'établissement a en partie orienté son programme d'évaluation des pratiques sur le bon usage des antibiotiques, plus particulièrement la réévaluation de l'antibiothérapie. Compte tenu des actions d'amélioration mentionnées dans un rapport de suivi, et des résultats obtenus, la HAS a levé la réserve majeure quelques mois plus tard, invitant l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration sur ce point.

Lors de la visite de certification v2014, les experts-visiteurs ont observé que la réévaluation des antibiothérapies prescrites n'était encore que partiellement réalisée, au vu des résultats de l'EPP menée en 2015.

➤ La contention

Les contentions physiques, comme chimiques, sont utilisées en dernier recours. Elles ne sont mises en place que sur prescription médicale et réévaluées en équipe pluridisciplinaire. La mise en place d'une contention fait l'objet d'un dialogue avec le patient ou le résident et la famille.

Une autre alternative est proposée, en accord avec la famille, à savoir un bracelet anti-errance qui permet aux porteurs d'aller et venir au sein de l'établissement.

3.6. Perspectives médicales

Les données relatives à l'activité des différentes unités d'accueil des patients et résidents mettent en perspective les orientations médicales suivantes :

- **Améliorer l'activité du secteur sanitaire** en adéquation avec les objectifs prononcés par les tutelles.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Diminuer la DMS pour atteindre l'objectif de la référence régionale.
- Augmenter le nombre de séjours en secteur sanitaire.
- Favoriser le retour au domicile par le développement de l'offre médico-sociale : création d'un appartement thérapeutique, accueil de nuit...

- **Améliorer la prise en soins de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs et de maladies Alzheimer ou apparentées**

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Définir, pour les résidents de l'EHPAD, les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir, dans une annexe aux contrats de séjour (décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016)
- Créer une unité protégée pour améliorer l'accueil et la prise en soins des personnes atteintes de troubles cognitifs et de maladies apparentées Alzheimer.
- Envisager la création d'une Equipe Spécialisée Alzheimer rattachée au SSIAD.
- Favoriser l'intervention d'une Equipe Mobile Alzheimer sur le territoire des Coëvrons.

- **Développer l'offre en faveur du répit des aidants**

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Etablir un partenariat privilégié avec le service de consultation mémoire du CH de Laval pour faciliter les orientations vers l'accueil de jour et développer une coordination efficiente autour des situations communes.
- Développer l'offre de soins et répondre aux besoins du territoire par la création d'un accueil de nuit, selon accord de l'ARS et du Conseil Départemental.
- Augmenter les places d'accueil de jour en fonction de l'accroissement de la liste d'attente et selon accord de l'ARS et du Conseil Départemental.

- **Accompagner la fin de vie** en pérennisant l'activité de soins palliatifs

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Former de nouveaux professionnels médicaux au DU Soins palliatifs, afin de pérenniser l'activité de soins palliatifs.
- Augmenter le nombre de lits identifiés soins palliatifs.

- Poursuivre la mise en place des améliorations préconisées pour la Certification HAS

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse concernant la logistique et la préparation des piluliers en pharmacie, ainsi que la préparation et la distribution des médicaments dans les services.
- Renouveler l'observation des antibiothérapies et la sensibilisation des prescripteurs, afin que le taux de réévaluation des prescriptions soit en cohérence avec les exigences attendues (objectif : 75%)
- Répondre aux recommandations d'accessibilité pour les cabinets de toilette du secteur sanitaire.

3.7. Conclusion

A la formalisation de ce projet d'établissement, nous apprenons le départ en retraite de deux médecins. De ce fait, lors du renouvellement de l'équipe médicale, ce projet peut s'en trouver modifié. En effet, les nouveaux intervenants impulseront peut-être de nouveaux objectifs de prise en soins qui nous sont méconnus à ce jour. Ceux-ci intégreront, en plus de leur activité dans l'établissement, les objectifs et les valeurs du Projet Médico-Soignant Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire, ainsi que le Contrat Local de Santé, en cours d'élaboration.

4 - LE PROJET DE SOINS

4. Le projet de soins

Compte-tenu des orientations spécifiques des différents services de l'établissement et la volonté de coordonner l'ensemble des professionnels de santé autour de la prise en soins du patient et du résident, le projet médical ne peut s'articuler sans l'implication des professionnels paramédicaux. Pour cette raison, le projet de soins est élaboré en complémentarité des orientations médicales définies.

4.1. Valeurs soignantes

Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne ou d'un groupe de personnes ayant des préoccupations ou des problèmes de santé. Ses compétences lui permettent de prendre en soins les personnes pour les aider ou les maintenir dans leur autonomie ou pour les accompagner jusqu'à la fin de la vie.

Au quotidien, les règles de l'art du prendre-soin, les connaissances et les techniques utilisées par les professionnels sont autant d'outils qu'ils peuvent utiliser lorsqu'ils sont amenés à prendre soins.

Définir les valeurs soignantes, c'est donner du sens aux actions quotidiennes. Cette démarche intellectuelle permet de faire prendre conscience que tous les actes ne doivent pas être banalisés, ni reproduit sans réflexion. Chaque professionnel doit en prendre conscience au quotidien.

Ce sont des axes qui aideront les soignants à faire des choix en fonction des contraintes de terrain. Le soignant pourra argumenter en fonction des valeurs portées en équipe en prenant en compte les contraintes du moment.

Le résident ou patient est au centre de toutes les attentions, quelle que soit la place du professionnel au sein de l'établissement.

Les actions menées par l'établissement tendent à promouvoir le maintien de l'autonomie autant que possible, la protection des personnes et les droits des personnes hospitalisées ou accueillies.

L'offre repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux concernés par son activité, notamment les personnes âgées, et met à leur disposition des prestations. Cette évaluation continue s'opère également auprès des professionnels.

Travailler sur les valeurs soignantes participe à la réflexion éthique, c'est se questionner sur la bienveillance de ses agissements auprès des personnes accueillies et des autres professionnels.

Les valeurs liées à la mission se traduisent par :

Professionalisme : la réflexion est centrée autour du patient et non centrée sur ses droits ou sa logique personnels (respect du diagramme de soins, de la prescription de toilette évaluative...). C'est une décision collective. Le soignant doit respecter le choix des groupes même s'il n'y a pas participé. Respect du travail de l'autre ainsi que le respect de la hiérarchie.

Chaque professionnel doit faire attention à **sa posture professionnelle**, et à son discours auprès des résidents. Expliquer le système de soins même avec ses limites, c'est-à-dire qu'il ne peut pas répondre aux besoins illimités.

Ecouter le choix des personnes et ne pas décider à leur place, argumenter pour convaincre et tracer si on estime qu'il y a un risque mais c'est la personne qui choisit (par exemple, retour à domicile difficile).

Compétences : se former régulièrement, participer aux évaluations de pratiques. Au niveau managérial, c'est favoriser la formation.

Efficience : prendre en compte les contraintes budgétaires dans l'organisation des soins.

Les besoins sont illimités donc il faut admettre les limites du système pour qu'il puisse être pérenne pour les générations suivantes.

Esprit d'équipe : Le respect des règles de chacun participe à la cohésion du groupe. La bienveillance entre tous est à favoriser. Chaque professionnel doit être à l'écoute, il encourage la concertation grâce à une ouverture d'esprit. L'équipe facilite l'intégration des stagiaires et des nouveaux arrivants en les accompagnants dans leurs missions.

4.2. Moyens matériels

➤ Locaux

Les services disposent de bureaux, ainsi que des salles de soins, pour les professionnels.

Dans chaque service, les repas des patients et des résidents sont servis dans la salle à manger, afin de rompre l'isolement, lorsque leur état de santé le permet.

Une salle de rééducation est aménagée sur 2 niveaux avec deux salles de massages et dispose notamment de couloirs de marche et tables de verticalisation.

L'hôpital est également doté d'une pharmacie à usage intérieur équipée pour la préparation et la distribution des médicaments et dispositifs médicaux auprès des services sanitaires et d'hébergement.

➤ Dispositifs médicaux

L'établissement dispose du matériel adapté à la prise en charge des personnes accueillies tel que des appareils ECG, appareils à dextro, systèmes d'aspiration muraux, et pousses-seringues électriques. Selon les besoins, l'établissement a recourt à la location d'autres matériels.

Pour le confort des personnes et dans le souci de prévenir les troubles musculo-squelettiques, les professionnels disposent également de matériel d'aide au déplacement et à la mobilisation des personnes, tels que verticalisateurs, guidons de transferts, draps de glisse, lèves-personnes...

L'établissement se dote progressivement de lits électriques, à hauteur variable. L'ensemble des chambres du secteur sanitaire et les 2/3 des chambres de l'EHPAD en sont actuellement équipés.

➤ **Dispositif d'alerte**

Le système d'appel du personnel a été rénové en 2015 pour l'ensemble des services d'hospitalisation et d'hébergement. Le signalement de la chambre se fait par affichage à l'extrémité des couloirs, avec un report d'appel sur les téléphones des professionnels.

➤ **Equipements informatiques**

Les services sont équipés d'ordinateurs portables, afin de pouvoir assurer une traçabilité au plus proche des actes.

➤ **Véhicules**

Pour le SSIAD, l'établissement dispose d'un parc de véhicules récents, permettant des déplacements sécurisés pour le personnel.

L'établissement met également à disposition des véhicules pour les professionnels assurant :

- des visites à domicile (ergothérapeutes et assistante sociale),
- le transport des bénéficiaires de l'accueil de jour,
- des déplacements extérieurs (formations, réunions de travail...)...

4.3. Organisation de la prise en soins

Une permanence paramédicale est assurée par la présence infirmière, aide-soignante et ASH, 24 heures sur 24. De plus, une équipe de rééducateurs, de professionnels médico-techniques et sociaux ainsi que des psychologues, participent à la prévention, la rééducation, la sécurité, le suivi et le confort des usagers.

L'encadrement est constitué d'une cadre supérieure de santé, de cadres de santé, ou faisant fonction, pour gérer les services de Médecine, de SSR, ainsi que l'EHPAD et la résidence autonomie, et d'une IDE coordinatrice pour le SSIAD (gestion des lits, gestion des plannings, organisation du travail, qualité des prestations, encadrement des stagiaires...).

➤ **Les temps de transmissions entre professionnels**

La transmission des informations liées à la prise en charge des patients est organisée au sein des différents services de la façon suivante :

- des transmissions quotidiennes entre personnels soignants, à chaque changement d'équipe (IDE, AS et ASH).
- des temps de transmissions pluridisciplinaires réguliers entre l'équipe soignante et les professionnels transversaux de l'établissement (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologue, assistante sociale et diététicienne). Ils permettent d'échanger autour du projet thérapeutique, en matière de prise en soins globale des patients, en évoquant le déroulement du séjour, le devenir et l'organisation de la sortie. Des

visites à domicile peuvent être décidées, sur proposition des kinésithérapeutes et ergothérapeutes, afin de voir les aménagements à réaliser.

Concernant le secteur sanitaire, lors de situations complexes (patient avec dépendance importante, difficultés financières, désaccords familiaux...), une réunion de coordination est organisée en fin d'hospitalisation. Elle réunit l'équipe soignante, l'assistante sociale, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute et, selon les situations, l'IDE du SSIAD, ainsi que le patient et son entourage, dans le but de coordonner les actions à mettre en place pour le projet de sortie.

Concernant les patients pris en charge en soins palliatifs, un staff (réunion pluridisciplinaire) est organisé à périodicité définie pour réaliser un bilan sur la prise en soins de l'ensemble des patients en soins palliatifs. Il regroupe le médecin référent, avec l'équipe soignante (IDE, AS et ASH), la psychologue, un bénévole de l'association JALMALV, un professionnel de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs de Laval et la socio-esthéticienne présente pour le service. Chaque intervenant est invité à s'exprimer sur ses observations et son ressenti, concernant les prescriptions, les soins de confort, la prise en charge de la douleur, ou encore, l'alimentation.

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Poursuivre les coordinations pluri-professionnelles autour du devenir du patient.

➤ Le Dossier Patient Informatisé (DPI)

Véritable outil de partage des informations, le dossier du patient permet de garantir la continuité des soins et une meilleure coordination. C'est un élément clé dans la prise en charge et la sécurité des soins de l'ensemble des patients et résidents. Commun aux services du sanitaire et de l'EHPAD, le DPI facilite la transmission des données en cas de transfert en interne.

L'informatisation du dossier patient est effective dans l'établissement :

- depuis 2013, dans le secteur sanitaire et à l'EHPAD ;
- depuis 2015, à l'accueil de jour ;
- depuis 2016, à la résidence autonomie.

Le plan de soins individuel, élaboré en équipe pluridisciplinaire dans les jours suivant l'entrée du patient ou du résident, est intégré au DPI. Il permet aux soignants d'assurer le suivi des soins de façon rigoureuse. Il est réévalué à périodicité définie, mais aussi lors des retours d'hospitalisation ou changement important de l'état de santé de la personne.

Le rôle et les responsabilités des différents acteurs pour la tenue du DPI sont définis et connus. Un accès sécurisé est mis en place pour tous les professionnels intervenant auprès du patient ou résident, qu'ils soient de l'établissement ou extérieurs à l'établissement, tels que l'équipe mobile de soins palliatifs, la socio-esthéticienne, les professionnels du Centre Médico-Psychologique et les associations de bénévoles.

Un référent DPI est identifié dans l'établissement afin de veiller à la bonne utilisation du logiciel. Il assure le lien avec la maintenance informatique, pour faire remonter les dysfonctionnements et les demandes des agents, et assure la communication sur les mises à jour. Il est régulièrement formé par le fournisseur de logiciel, notamment sur les évolutions et les mises à jour, et organise des formations annuelles en interne, auprès des professionnels utilisateurs.

En parallèle, un dossier médical « papier » est constitué notamment pour l'archivage des ordonnances, résultats biologiques et comptes rendus de spécialistes ou d'hospitalisation.

Le dossier du patient répond à une réglementation précise et revêt une valeur juridique particulièrement importante en cas de contentieux. Il est accessible au patient. La qualité de la gestion du dossier patient est donc porteuse d'enjeux d'amélioration importants.

Suite à la visite v2014 de janvier 2016, plusieurs mesures sont à envisager, en adéquation avec la politique interne de gestion du dossier patient.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Diffuser les règles de gestion et de tenue du dossier patient, en intégrant les obligations et responsabilités des professionnels, les règles de confidentialité, ainsi que la composition, l'utilisation, l'accessibilité, l'archivage et le circuit du dossier.
- Poursuivre la sensibilisation et la formation des professionnels afin d'harmoniser, d'améliorer les pratiques et de sécuriser l'utilisation du dossier patient informatisé.
- Renouveler les évaluations sur la tenue du dossier patient, au-delà du recueil de l'IPAQSS pour le SSR (en médecine et en EHPAD)
- Déployer l'informatisation du dossier patient au SSIAD.

4.4. Actions de soins, de prévention et d'éducation

Les exigences en matière de qualité, de sécurité des soins et de gestion des risques associés aux soins se sont considérablement renforcées au cours des dernières années. Référencées dans la démarche de certification, elles sont de plus en plus intégrées dans l'exercice des professionnels médicaux et paramédicaux.

Ainsi, l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est un axe fort dans le projet de soins.

4.4.1. Prévention et prise en charge des risques gérontologiques

Au-delà de la réalisation des soins techniques, la prise en soins du patient et du résident fait une large part à la surveillance et à la prévention des pathologies chroniques et des facteurs de risques.

➤ Le risque infectieux

L'établissement est engagé dans une démarche de prévention des infections associées aux soins. Une infirmière hygiéniste à temps partiel intervient sur l'ensemble de l'établissement. En complément, une convention avec un praticien hygiéniste du CH de Laval permet d'assurer un lien avec l'Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN). Des correspondants hygiène infirmiers et aides-soignants sont formés dans chaque service. Ils se réunissent régulièrement, sous l'impulsion de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

En période épidémique, un protocole est défini pour la prise en soins des patients et résidents.

Le personnel bénéficie de formations sur les risques associés aux soins, dispensées par l'ARLIN.

Le bilan du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), ainsi que le programme d'actions annuel sont présentés aux différentes commissions et instances de l'établissement pour validation.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Communiquer sur l'hygiène des mains auprès des patients et résidents.
- Former sur la conduite à tenir en cas de Bactéries Hautement Résistantes (BHRe).

➤ **La prévention et la prise en charge des chutes**

Les protocoles de gestion du risque de chute sont formalisés dans les différents secteurs. Les chutes font l'objet d'une déclaration individuelle tracée.

Un groupe chute est identifié pour le secteur sanitaire et pour le secteur EHPAD. Ils se réunissent afin de réaliser l'analyse des signalements de chutes et proposer des actions de prévention des chutes.

Ces groupes sont animés par un cadre de santé et sont composés de personnels soignants (infirmiers, aides-soignants et agents de service), du médecin de l'EHPAD (pour le groupe chute EHPAD), d'un kinésithérapeute et un ergothérapeute.

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Formaliser la collaboration entre le service rééducation fonctionnelle et l'équipe d'animation de l'EHPAD pour les parcours de santé, dans la continuité des actions de prévention des chutes (ateliers équilibre) et de l'intervention du PAPS.

➤ **La prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels**

Une réflexion pluridisciplinaire existe au quotidien, avec la diététicienne de l'établissement, afin d'adapter les régimes et les textures pour répondre, sur avis médical, aux besoins et souhaits des personnes et favoriser leur appétence.

Le protocole pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition est rédigé.

Le Comité de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN) et une Equipe Opérationnelle Alimentation-Nutrition (EOAN) se réunissent régulièrement afin d'assurer un lien entre la diététicienne, les soignants et le personnel de cuisine, dans la prise en charge nutritionnelle.

Le personnel est formé et sensibilisé aux troubles de la déglutition, avec la volonté d'adapter et d'améliorer les pratiques professionnelles.

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Pérenniser l'adaptation des menus aux personnes ayant des troubles de la déglutition.

➤ Le risque de déshydratation

Un protocole est établi en cas de forte chaleur et l'établissement met à disposition des pièces climatisées pour les patients et résidents.

En cas de crise grave, l'établissement a signé une convention avec le Centre Hospitalier de Laval.

➤ La prévention des escarres

La surveillance de l'état cutané et la prévention des escarres sont bien intégrées dans les pratiques de tous les professionnels.

L'établissement a investi dans du matériel de prévention des escarres (matelas et coussins) que le personnel installe selon le stade de la pathologie de la personne. Des protocoles de prévention des escarres, ainsi que les soins à apporter sont formalisés dans un guide de prise en charge.

Deux professionnels (IDE et AS) ont un DU Traitement et prise en charge des escarres. Elles animent un groupe de travail avec des référents « escarre » identifiés dans chaque service. Ces derniers sont chargés de sensibiliser les soignants aux actions de prévention.

Des audits de pratiques et enquêtes de prévalence sont régulièrement menées afin de maintenir la vigilance.

➤ La prise en charge de la douleur

Le personnel est à l'écoute et attentif à l'expression de la douleur, physique ou psychique.

Le protocole d'évaluation et de traitement de la douleur (palier 1) a été formalisé par le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), afin de définir la conduite à tenir.

Des échelles d'évaluation adaptées aux possibilités de verbalisation sont utilisées par les soignants.

Une formation Douleur est proposée au personnel soignant, afin d'assurer une évaluation régulière de la douleur et la traçabilité du suivi, en cas de traitement antalgique.

Le personnel met également en place des techniques non médicamenteuses pour tenter de soulager la douleur, par exemple l'aromathérapie, le toucher-massage bien-être ou l'utilisation de physiothérapie. L'intervention des psychologues et des kinésithérapeutes est une aide dans la prise en soins globale de la douleur.

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Renouveler les formations relatives à la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la douleur.

➤ La contention

La politique de l'établissement est d'utiliser la contention physique ou chimique en dernier recours, après avoir tenté toutes les autres possibilités.

Une procédure formalisant la conduite à tenir est diffusée au sein de l'établissement.

Le respect des bonnes pratiques fait l'objet d'une évaluation annuelle.

➤ **L'accompagnement spécifique des personnes atteintes d'altérations cognitives**

L'établissement dispose d'un temps de psychologue dans chaque secteur. Un psychiatre intervient régulièrement sur l'EHPAD, et sur demande dans le secteur sanitaire.

L'EHPAD accueille des résidents diagnostiqués Alzheimer ou maladies apparentées et des résidents avec un syndrome démentiel, mais sans espace dédié. En 2015, ils représentent plus de la moitié des personnes hébergées en EHPAD. Un jardin clos et sécurisé a été aménagé dans l'un des services. Malgré tout, l'architecture de l'établissement limite les possibilités d'accueil.

Un travail est fait en équipe pluridisciplinaire pour favoriser les repères spatio-temporels et le maintien des capacités des résidents atteints d'altérations cognitives. L'équipe d'animation organise également des ateliers sur la mémoire et favorise le maintien du lien social.

La prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs fait l'objet de formations inscrites régulièrement au plan de formation.

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Valoriser les activités et animations proposées en EHPAD, sous forme de PASA « éclaté » dans chaque secteur, en coordination avec les professionnels de soins et de rééducation.

➤ **Lutte contre la iatrogénie**

L'établissement est favorable au développement des pratiques non-médicamenteuses et a mis en place différents projets en ce sens.

• **Aromathérapie**

L'utilisation de l'aromathérapie, depuis 2013, est une alternative de première intention, pour traiter certains symptômes exprimés par les résidents ; ceci limite l'utilisation de traitements médicamenteux avec des risques d'effets secondaires ou d'interaction avec d'autres médicaments chez des personnes polyopathologiques.

Des référents aromathérapie sont nommés dans chaque service.

• **Accueil de chats dans les services**

Certains services de l'EHPAD accueillent un chat à demeure, afin d'établir une relation de médiation avec les résidents et de favoriser les stimulations sensorielles, émotionnelles et la communication verbale.

• **Chiens visiteurs**

L'intervention de chiens visiteurs s'inscrit dans la démarche du projet animation. Au vu des résultats bénéfiques observés depuis plusieurs années, l'établissement s'attache à poursuivre cette offre de soins avec des chiens visiteurs diplômés pour notamment intervenir auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs importants (maladie d'Alzheimer ou apparentée).

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Renouveler la formation à l'aromathérapie pour un ou plusieurs agents.
- Reprendre les réunions de travail pour le suivi du projet Aromathérapie.
- Développer les projets thérapeutiques en lien avec les animaux.

4.4.2. Accompagnement de la fin de vie

La fin de vie fait l'objet d'une attention particulière dans l'établissement et l'activité en soins palliatifs est reconnue, à l'hôpital d'Evron. Les professionnels sont soucieux de l'accompagnement des patients et des résidents, en les assurant de leur présence et du confort nécessaire.

L'hôpital compte 4 lits dédiés pour les soins palliatifs. Les patients sont suivis par un médecin référent dans l'établissement ou par le médecin traitant, s'il en fait le choix.

La mise en place des soins palliatifs est établie après concertation entre le médecin et l'équipe soignante, afin de soulager les douleurs physiques, prodiguer des soins de confort et de bien-être, apporter un soutien psychologique et relationnel et impliquer si possible les proches.

Une prise en soins personnalisée est mise en place :

- ✓ Les soins de confort sont adaptés à la prise en soins du patient, afin de respecter son rythme de vie, ses souhaits, ses besoins (horaires des repas adaptés...).
- ✓ La prise en charge de la douleur est assurée avec des évaluations pluriquotidiennes qui permettent d'adapter les traitements.
- ✓ Un accompagnement psychologique est assuré auprès de la personne malade et de son entourage.
- ✓ Un staff de soins palliatifs est organisé régulièrement par le médecin référent sur le secteur sanitaire, pour échanger autour de la prise en soins de l'ensemble des patients en soins palliatifs.

Une convention est établie avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Laval qui intervient lors des staffs de soins palliatifs du secteur sanitaire, pour des analyses de pratiques permettant de se questionner sur le respect des droits et des souhaits du patient ou résident en fin de vie. En EHPAD, l'équipe mobile intervient à la demande des professionnels (situations problématiques, difficultés sur le plan émotionnel...)

L'établissement travaille également en partenariat avec :

- l'association JALMALV 53, pour apporter un soutien au patient ou au résident ;
- une socio-esthéticienne, pour apporter des soins de confort auprès des personnes en soins palliatifs, par le biais de l'esthétique.

Une procédure en cas de décès est formalisée. Les volontés du défunt, ainsi que la désignation d'une personne de confiance, sont recueillies dans le dossier de soins du patient ou du résident.

A ce jour, la majorité des professionnels est formé aux soins palliatifs, sinon à l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Poursuivre la formation des professionnels à l'accompagnement de la fin de vie.

4.4.3. Respect des droits des patients et des résidents

L'établissement est soucieux du respect des droits des usagers et du maintien des dispositions prises en application de la Charte des droits et libertés de la personne hospitalisée et la Charte de la personne accueillie.

- **Le respect de la dignité et de l'intimité des personnes accueillies**

La dignité et l'intimité des personnes accueillies font partie intégrante des droits de la personnalité. Ce droit est garanti par l'ensemble des professionnels.

- **La liberté de pratique d'un culte**

La liberté de pratique d'un culte est assurée à chaque patient et résident accueilli. Une convention a été établie entre l'hôpital et l'aumônerie d'Evron, afin de structurer l'intervention des bénévoles de l'aumônerie et des représentants du culte.

L'établissement est attaché au respect mutuel des croyances, convictions et opinions. En cas d'éventuelles demandes de patients ou résidents, l'établissement les oriente pour contacter des représentants d'autres cultes.

- **La protection des biens et des personnes**

Une permanence 24h/24 est assurée par les professionnels. En cas d'incident, chaque patient ou résident dispose dans sa chambre d'un appel malade.

Concernant les biens et les valeurs personnels, une procédure a été formalisée et est portée à connaissance des nouveaux entrants.

En EHPAD, il peut être installé un coffre de sûreté dans la chambre du résident.

- **La désignation de la personne de confiance**

L'information sur la personne de confiance et la possibilité d'établir des directives anticipées est donnée à l'admission via le livret d'accueil.

La psychologue de l'EHPAD se charge de recenser les personnes de confiance des résidents qui sont en capacité de le faire et aborde la question des directives anticipées lorsqu'elle en a l'occasion, afin de pouvoir également les recenser et, si besoin, aider les résidents dans cette démarche.

- **L'accès au dossier patient**

Toute personne, patient, résident ou ayant droit, peut avoir accès au dossier médical sur demande écrite auprès de la direction et sous certaines conditions réglementaires.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Améliorer l'affichage relatif aux droits du patient et de la personne accueillie.
- Favoriser la formation et la sensibilisation des professionnels sur les droits des usagers.

4.4.4. Bienveillance et lutte contre la maltraitance

- **La promotion de la bienveillance**

La notion de bienveillance fait référence à la loi 2002-2, donnant à l'usager sa place au centre de l'institution.

Selon l'A.N.E.S.M., « La bienveillance ne se réduit pas à l'absence ou à la prévention de la maltraitance. C'est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager, en gardant à l'esprit le risque de maltraitance...»³

Au sein de l'établissement, des actions de sensibilisation ont été organisées en 2014 par le médecin et la psychologue de l'EHPAD, auprès de la majorité du personnel de l'EHPAD, à partir des outils de la valise Mobiquil.

Sur un plan formation, 46% du personnel soignant de l'EHPAD a été formé à la philosophie de soin Humanitude®, entre 2010 et 2013.

La bienveillance relève aussi de l'orientation architecturale. Pour cela, un schéma directeur de travaux a été établi et mis en application depuis le 1^{er} janvier 2014.

A ce jour, une salle à manger et une lingerie ont, entre autres, été créées à la résidence autonomie. Une réfection totale du bâtiment Cèdres-Acacias a été réalisée, avec notamment la création d'une salle d'eau dans toutes les chambres et une salle à manger à chaque étage. L'année 2017 verra la poursuite de la réhabilitation des services Frênes-Tilleuls.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Poursuivre les actions en faveur de la promotion de la bienveillance (dont la formation).
- Formaliser le projet de réhabilitation des Ormeaux-Marronniers et d'une unité Alzheimer.

- **La lutte contre la maltraitance et protection des personnes en situation vulnérable**

La maltraitance peut se définir comme « tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière » (Définition du Conseil de l'Europe)

Ainsi sont concernés les violences physiques ou morales, matérielles et financières, médicales ou médicamenteuses, la privation ou la violation des droits, les négligences actives comme passives.

Un affichage et des plaquettes d'information « Allo maltraitance » sont mises à disposition pour information des familles et résidents, dans les différents services de l'établissement. La liste des « personnes qualifiées », désignée par la préfecture de la Mayenne est affichée dans les circulations.

Pour l'établissement, la procédure de signalement de faits de maltraitance est formalisée.

Actuellement, plus de 60% du personnel soignant a bénéficié d'une formation relative à la lutte contre la maltraitance ou de promotion de la bienveillance.

³ RBPP ANESM : La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre. Juin 2008
Projet d'établissement 2017-2021 - Version du 23/06/2017

En application de la loi du 05 mars 2007 sur la protection des personnes, l'établissement s'assure que les personnes qui ne sont plus en mesure d'assumer la gestion de leurs biens soient représentées ou assistées afin de sauvegarder leurs intérêts. Le juge des tutelles peut décider, à la demande du médecin ou de la famille, une mesure de protection adaptée à la situation de l'utilisateur.

L'établissement propose les services d'un Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM) pour assurer un accompagnement personnalisé dans la protection de leur personne et de leurs biens.

4.4.5. Maîtrise de l'identification des patients et résidents

Dans la continuité de la procédure de certification v2010, une charte d'identification a été formalisée, dans laquelle l'établissement a intégré sa politique d'identitovigilance et le dispositif de pilotage pour sécuriser l'identification du patient. Cette démarche s'appuie en particulier sur une Cellule d'Identitovigilance composée des professionnels acteurs dans l'identification des patients et résidents (référénts des différents logiciels informatiques et professionnels de terrain).

La gestion opérationnelle des erreurs et des interventions sur l'identification des patients est assurée par la technicienne d'information médicale et le personnel de l'accueil, sur la base des protocoles définis.

Cette démarche se poursuivra en accentuant la dimension formation, pour prévenir les pratiques sources de dysfonctionnements.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Formaliser une procédure concernant la vérification de l'identité dans les unités de soins, avant la réalisation d'actes à risque.
- Assurer la formation et la sensibilisation des utilisateurs (saisie et contrôle des identités).
- Poursuivre le suivi des indicateurs définis par la Cellule d'Identitovigilance.

4.4.6. Education thérapeutique

L'établissement est dans la dynamique d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Pour cela, 13 personnes ont été formées à l'éducation thérapeutique entre 2014 et 2016. Actuellement, le choix est fait de ne pas créer de programme d'éducation thérapeutique au sein de l'hôpital d'Evron, en l'absence de médecin référent sur une prise en charge particulière. Les patients peuvent bénéficier des programmes déjà établis dans les centres hospitaliers à proximité.

Cependant, le développement d'actions d'éducation thérapeutique relatives aux pathologies chroniques les plus fréquemment rencontrées est en cours. Des plaquettes d'informations ont ainsi été mises en place (ex : traitement morphinique, AVK, diabète, prothèse de hanche). De plus, des outils pour évaluer les compétences acquises suite à ces actions d'éducation thérapeutique sont en cours de réflexion (quizz, suivi téléphonique).

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Développer la mise en place d'actions d'éducation thérapeutique pour les patients de l'établissement.

A blue rounded rectangular graphic with a white crescent-shaped cutout on the right side, containing the text '5 - LES PROJETS DE SERVICE'.

5 - LES PROJETS DE SERVICE

5. Les Projets de service

5.1. Projet de service de la Résidence Autonomie « Les Charmes »

La résidence autonomie "Les Charmes", alternative entre le domicile et l'EHPAD, est une structure non médicalisée qui tient une place importante dans l'offre d'habitat social. Elle accueille des personnes âgées autonomes mais qui ont besoin d'un cadre sécurisant.

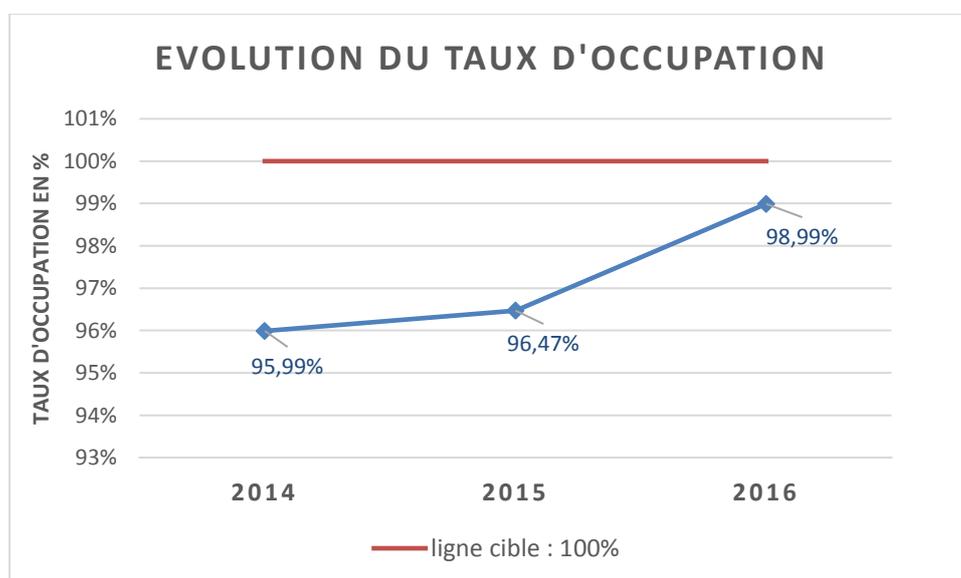
La résidence autonomie est un établissement social et relève à ce titre des dispositions du 6° du I de l'article L 312-1 et des articles L 342-1 et suivants du CASF. Cet établissement est autorisé et financé par le Conseil Départemental. Elle relève également des articles L 633-1 à L 633-3 et L 633-5 du Code de la Construction et de l'Habitation (CCH).

Soumise à la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les prestations délivrées et les dispositions relatives à la résidence autonomie sont précisées par le décret n°2016-696 du 27 mai 2016.

Elle dispose de 52 logements, dont 4 de type T2, uniquement attribués à des personnes vivant en couple.

5.1.1. Taux d'occupation

SOURCE : SERVICES ECONOMIQUES HOPITAL D'EVRON



L'activité de la résidence autonomie se maintient avec une évolution du taux d'occupation approchant les 100% en 2016.

Les logements font l'objet de travaux de rénovation réguliers, diminuant ponctuellement le taux d'occupation.

Au 31/12/2016, les demandes en attente étaient au nombre de 34, dont 8 classées comme « urgentes ».

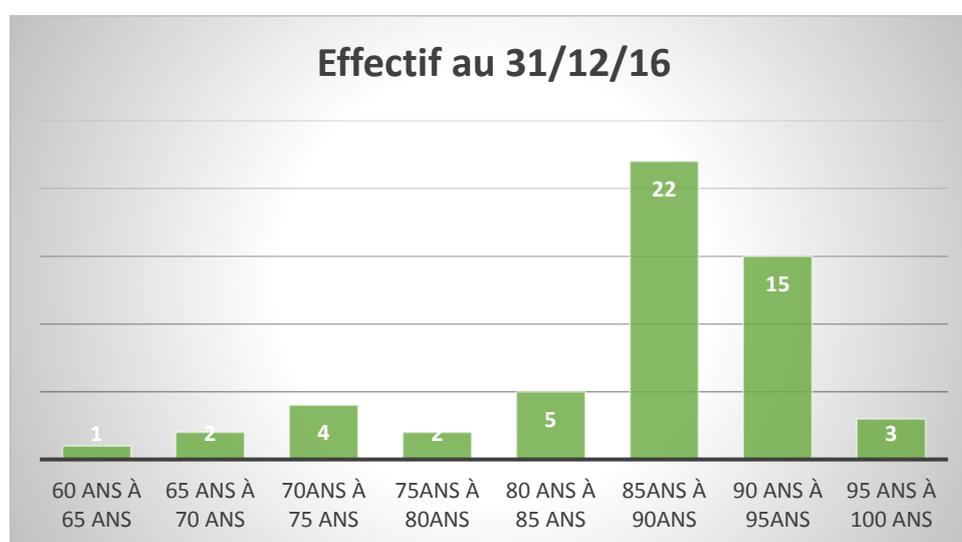
5.1.2. Activité générale

SOURCE : SERVICES ECONOMIQUES HOPITAL D'EVRON

	2014	2015	2016	Evolution 2015-2016
Nombre de mensualités	599	602	616	+2,32 %
Nombre d'entrées	15	21	12	- 43 %

5.1.3. Description de la population accueillie

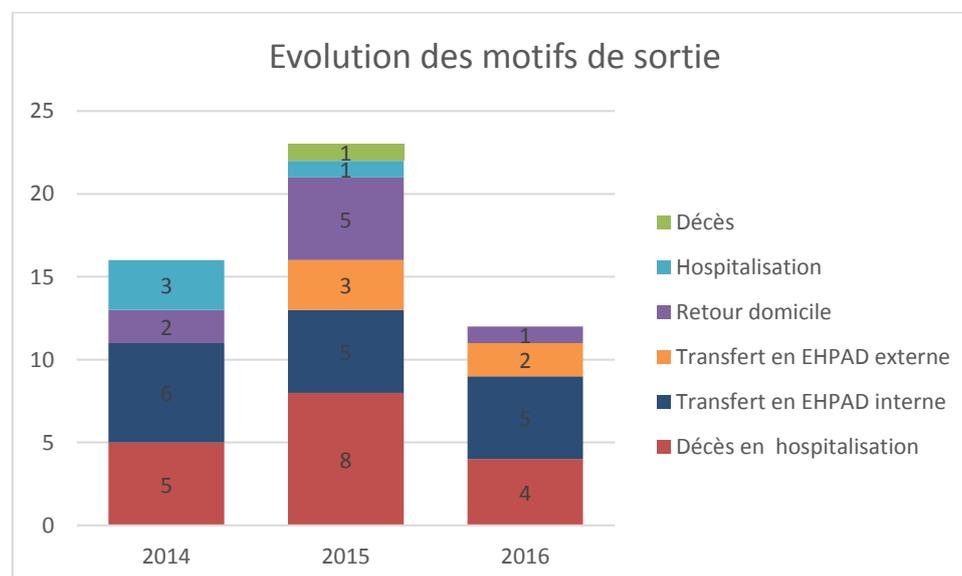
- **Répartition et âge des personnes accueillies**



SOURCE : RESIDENCE AUTONOMIE LES CHARMES

La moyenne d'âge des résidents augmente depuis 3 ans ; de 82 ans en 2014, elle est passée à 85 ans en 2015, puis à 86 ans en 2016.

- **Motifs de sortie des personnes accueillies**



SOURCE : SERVICE ACCUEIL HOPITAL D'EVRON

5.1.4. Fonctionnement de la Résidence Autonomie

La résidence autonomie accueille des personnes autonomes. En cas de besoin, le résident contacte lui-même son médecin traitant. La prise en soins, ainsi que l'aide aux actes de la vie quotidienne, est mise en place par le résident ou les proches du résident. Il peut s'agir des professionnels libéraux, du SSIAD, de l'EAAR ou des personnes de l'ADMR.

En cas de perte d'autonomie potentielle, la cellule de coordination de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) est sollicitée par la famille ou l'un des intervenants du domicile (professionnels libéraux, SSIAD...).

En cas de perte d'autonomie avérée, il sera décidé d'un commun accord entre le résident, sa famille et la cellule de coordination, d'une orientation vers une autre institution.

En cas d'urgence, le résident peut joindre directement l'équipe soignante de l'EHPAD Le Bois Joli.

5.1.5. Organisation de l'accompagnement des résidents

- **Modalités d'admissions**

Les demandes d'admission se font sur dossier adressé à l'établissement. L'adéquation de la situation physique et psychique du demandeur avec la possibilité d'accompagnement de la structure est étudiée, avant d'enregistrer chaque demande sur liste d'attente.

Une visite des locaux et du logement est organisée lors d'un entretien de pré-admission, en présence du futur résident et de ses proches. Le cadre de santé s'assure alors du consentement du résident pour l'entrée.

Le jour d'arrivée est fixé entre le résident et le cadre de santé. Les modalités d'accès au logement sont définies avec le personnel (état des lieux, remise des clés, boîte aux lettres...).

Chaque résident reçoit le règlement de fonctionnement, ainsi que le livret d'accueil de l'établissement. Le contrat de séjour est signé à l'entrée.

- **Modalités de suivi des résidents**

Les agents de la résidence autonomie effectuent leurs transmissions sur un dossier individualisé. L'informatisation des dossiers a débuté en octobre 2016 et se développe progressivement, à commencer par l'élaboration des projets de vie (PVI).

Le logiciel utilisé est le même que le dossier patient informatisé utilisé dans l'ensemble de l'établissement, dans le but de communiquer les informations personnelles du résident de façon plus efficiente, en cas d'hospitalisation par mutation interne ou d'entrée à l'EHPAD « Le Bois Joli ».

- **Accompagnement personnalisé et prévention de la perte d'autonomie**

La loi du 2 janvier 2002 stipule qu'il doit être prévu, pour chaque usager, un accompagnement individualisé, adapté à son âge, et favorisant son développement, son autonomie et son insertion.

ELABORATION DU PROJET DE VIE INDIVIDUALISE

Le Projet de Vie Individualisé (PVI) est un projet d'accompagnement personnalisé construit dès l'entrée du résident, tout d'abord par une phase de recueil des informations, puis par une phase de mise en place du projet.

Il est l'expression de la projection dans l'avenir de la personne, de ses aspirations et de ses choix. Le PVI est personnel, singulier, il fait le lien entre le passé, le présent, le futur et est évolutif.

Depuis octobre 2016, suite au déploiement du dossier informatisé du résident, les PVI sont établis à l'entrée des résidents, en concertation avec leur entourage. Une réévaluation est prévue chaque année.

PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Les résidents bénéficient depuis 2014 d'un programme intitulé Parcours d'Adaptation Physique Sportive (PAPS) ayant pour objectif le maintien de l'autonomie à la marche, par le renforcement musculaire et le travail de l'équilibre. Les séances sont organisées par une animatrice sportive qui intervient sur un nombre de sessions programmées.

- **Participation à la vie de la cité comme acteur économique et social**

Les usagers de la résidence autonomie peuvent intégrer les animations de l'EHPAD. Ils profitent de la cafétéria de l'établissement, ouverte tous les jours ; lieu privilégié de rencontres et d'échanges.

Des activités et manifestations organisées par la commune sont également proposées, selon les opportunités qui sont offertes à l'établissement (spectacles proposés par les affaires culturelles de la communauté de communes des Coëvrons, comité des Cheveux Blancs de la ville d'Evron...)

Afin de conserver le lien avec le commerce de proximité, un boulanger-pâtissier se déplace deux fois par semaine.

La résidence autonomie est un établissement qui doit permettre aux résidents de vivre leur retraite dans un lieu sécurisé, tout en profitant des infrastructures extérieures à l'établissement, afin de maintenir et de réaliser leur vie sociale le plus longtemps possible.

Actions à engager dans les 5 années du projet de service :

- Ajuster le contrat de séjour de la résidence autonomie en fonction du décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie.
- Développer l'offre d'actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie (notamment, intervention du PAPS), en accord avec les prestations annexées au décret n°2016-696 du 27 mai 2016.
- Poursuivre le déploiement du dossier informatisé des résidents.
- Poursuivre la rédaction des PVI pour l'ensemble des résidents, en les faisant participer à l'élaboration des objectifs d'accompagnement et intégrant un avenant au contrat de séjour listant les objectifs d'accompagnement, dans les 6 mois suivant l'arrivée du résident.
- Créer un appartement thérapeutique.
- Perdurer l'intervention de l'EAAR auprès des résidents.

5.2. Projet de service de l'EHPAD « Le Bois Joli »

L'EHPAD « Le Bois Joli » a pour objectif d'offrir un lieu de vie adapté aux besoins et souhaits de personnes de plus de 60 ans, présentant un état de dépendance.

Il accueille dans les services relevant du médico-social une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement au quotidien et des soins techniques. L'EHPAD a une capacité d'accueil de 166 lits d'hébergement permanent et 6 lits d'hébergement temporaire.

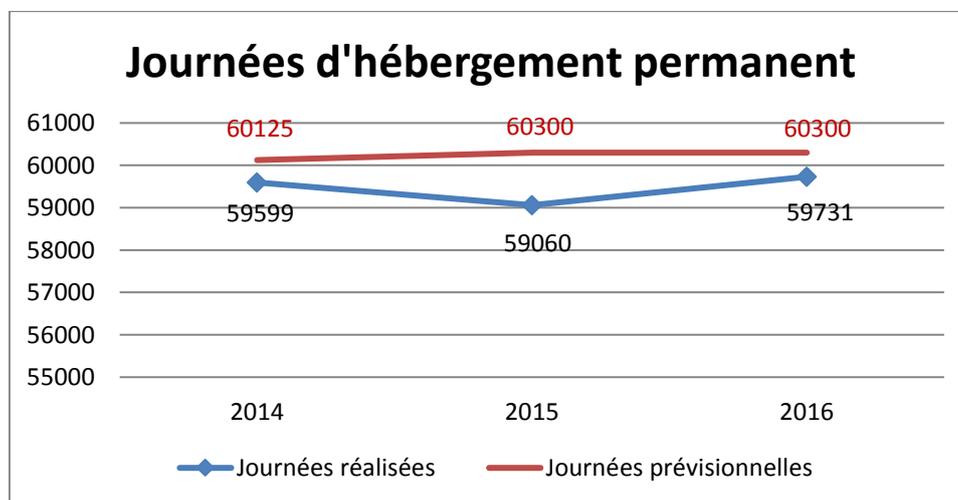
L'établissement, faisant partie de l'hôpital d'Evron, est intégré dans un réseau de soins. Ainsi, il constitue un maillon essentiel de la coordination et de l'organisation des soins entre le domicile, la médecine de ville, les alternatives à l'hospitalisation et les établissements de santé dispensant des soins spécialisés et disposant d'un plateau technique conséquent.

5.2.1. Hébergement permanent

➤ Taux d'occupation

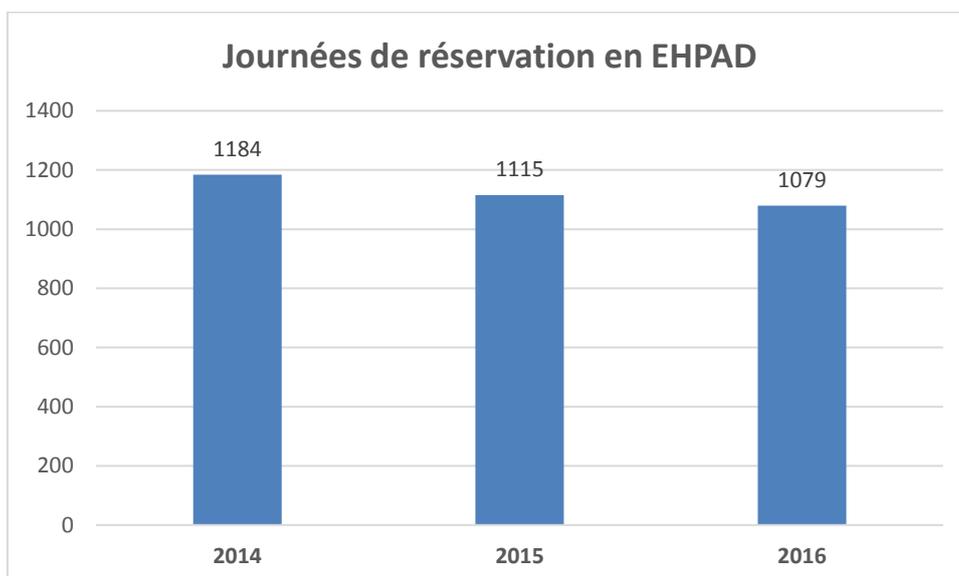
En 2016, 59 731 journées ont été réalisées en hébergement permanent, soit un taux d'occupation de 99% par rapport aux journées prévisionnelles.

➤ Activité générale



SOURCE : SERVICES ECONOMIQUES HOPITAL D'EVRON

Le nombre de journées réalisées en hébergement permanent reste relativement stable, depuis 2014.



SOURCE : SERVICES ECONOMIQUES HOPITAL D'EVRON

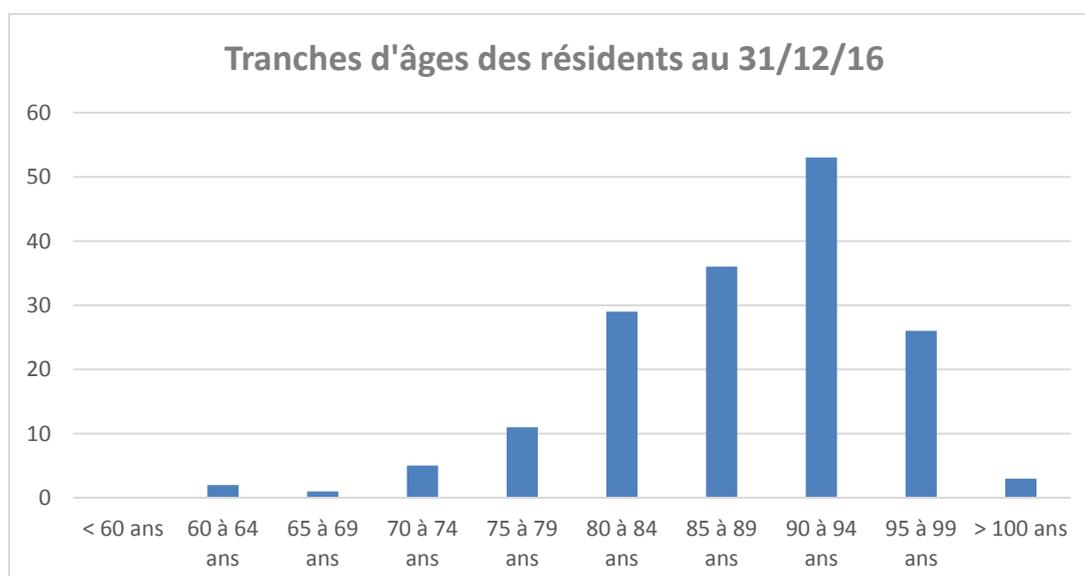
	2014	2015	2016	Evolution 2015-2016
Nombre d'entrées	43	36	54	+ 50%
Durées Moyennes de Séjour (DMS) des résidents sortis	1458 jours (4 ans)	1286 jours (3,52 ans)	1303 jours (3,57 ans)	+ 1,3%

SOURCE : LOGICIEL COGNOS

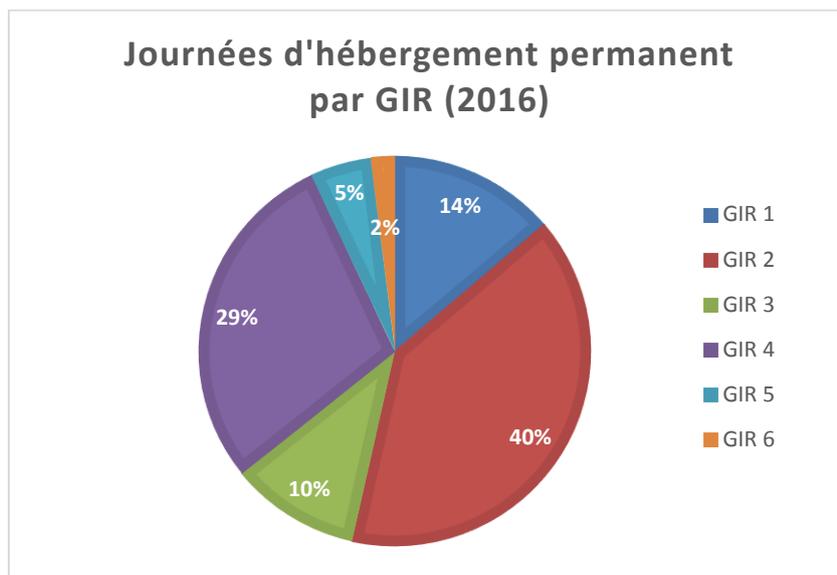
La durée de séjour est très variable d'un résident à l'autre. L'évolution de la moyenne montre une légère diminution de la durée sur les 3 dernières années, mais elle reste supérieure à 3 ans et demi.

➤ Description de la population accueillie

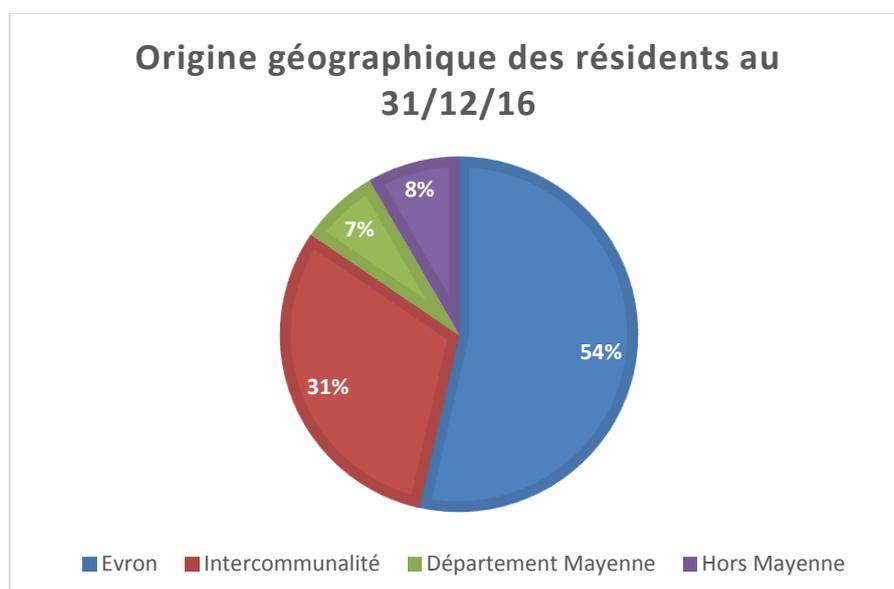
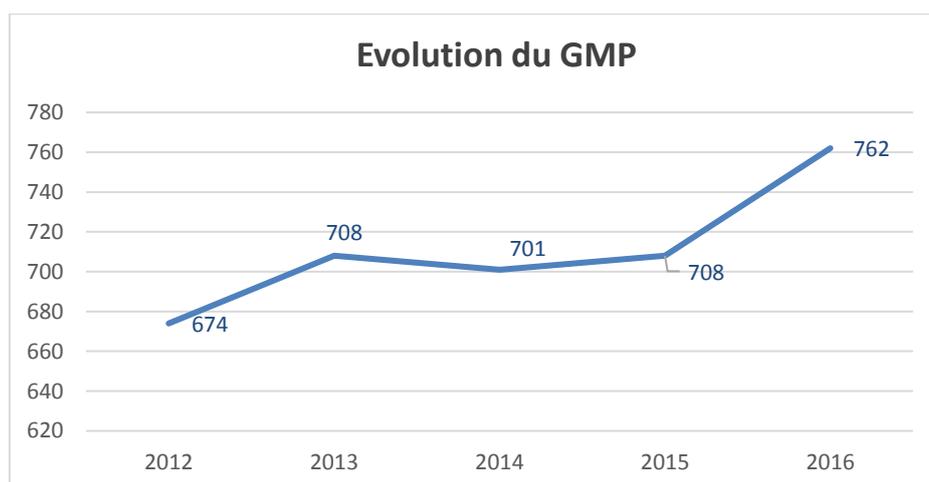
SOURCE : SERVICE ACCUEIL HOPITAL D'EVRON



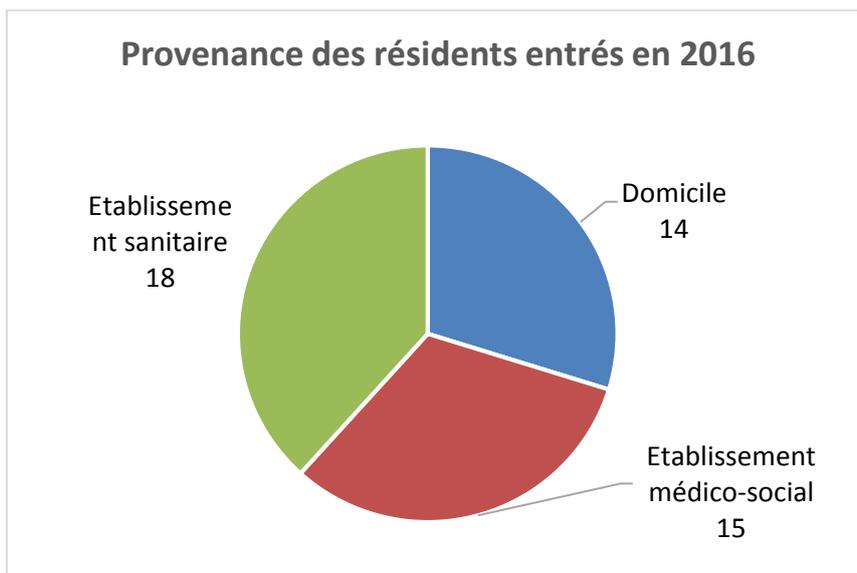
Plus de 70% des résidents a au moins 85 ans. La moyenne d'âge est de 88 ans. Les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes (75,30% contre 24,70%)



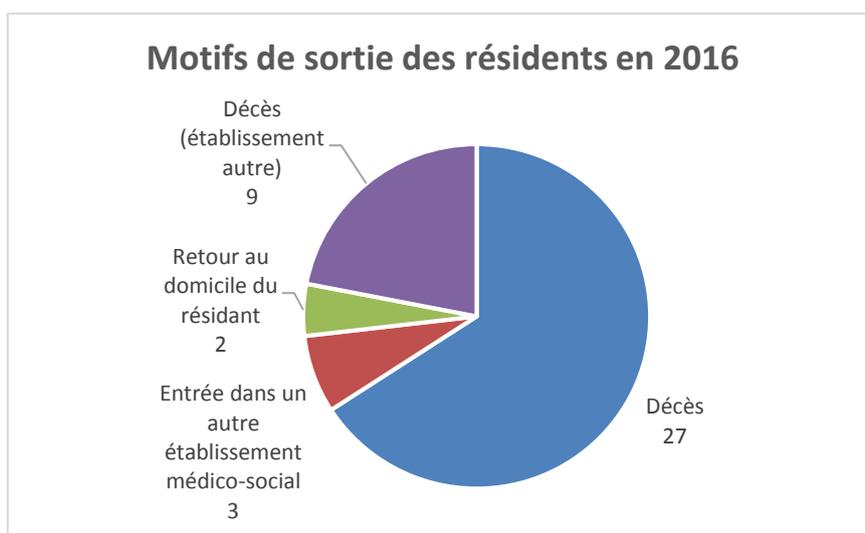
La répartition des GIR reste sensiblement identique entre 2015 et 2016, avec une proportion plus importante de personnes en GIR2 et GIR4. La proportion de GIR 5 et 6 s'amointrie, passant de 13% en 2014 à 7% en 2016.



Les résidents sont essentiellement originaires du territoire des Coëvrons.



La majorité des admissions en EHPAD font suite à une hospitalisation du résident en SSR.

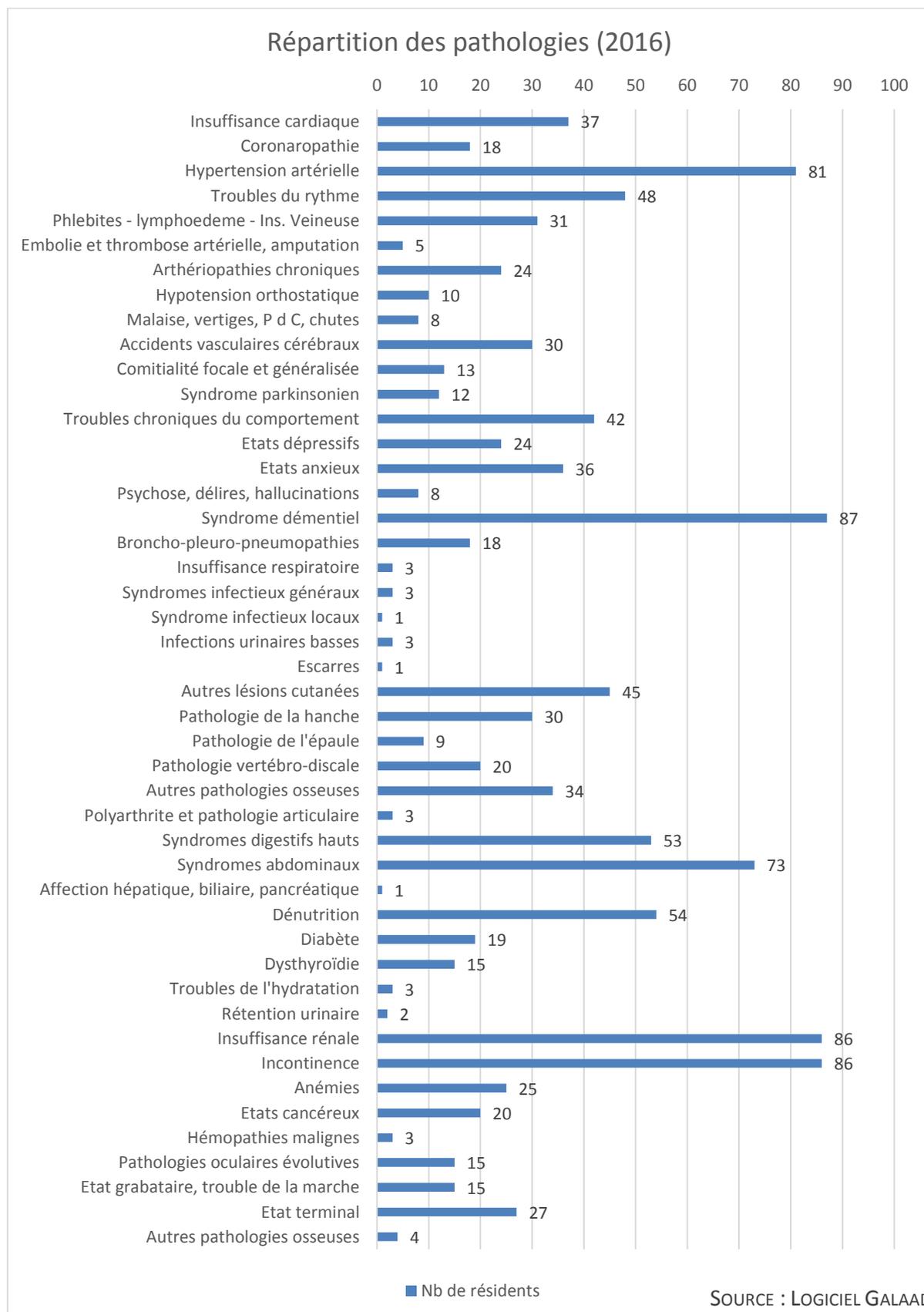


Sur les 41 sorties de résidents en 2016, 27 résidents sont décédés à l'EHPAD. 9 décès ont eu lieu dans le service sanitaire de l'établissement ou dans un autre centre hospitalier.

➤ Types de pathologies prises en charge

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est évalué à 196, lors de la coupe PATHOS réalisée en 2017.

D'après le bilan réalisé en avril 2017, en vue de la validation du PATHOS, les pathologies présentes dans l'EHPAD sont les suivantes (à ce jour, en cours de validation par l'ARS) :



Les principales pathologies dont sont atteints les résidents accueillis en EHPAD sont les troubles mentaux et du comportement, les affections cardio-vasculaires, en particulier l'hypertension artérielle, facteur de risque vasculaire, et les maladies digestives.

Concernant les troubles cognitifs, la proportion de résidents atteint de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée est suivie chaque année, dans le cadre de l'enquête flash ARS :

	2014	2015	2016	Evolution 2015-2016	Médiane régionale 2016 (Indicateur EHPAD ARS)
Taux de résident atteint de maladie d'Alzheimer ou démence apparentée	55%	57%	58%	+ 1%	46%

Les résultats indiquent que plus de la moitié des résidents accueillis à l'EHPAD sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Cette proportion, supérieure à la moyenne des EHPAD des Pays de la Loire, tend à augmenter tous les ans. L'architecture de l'établissement n'est pas adaptée pour ce type de pathologie, du fait de ses nombreuses ouvertures vers l'extérieur et les voies de circulation. La création d'une unité fermée est envisagée pour les années à venir.

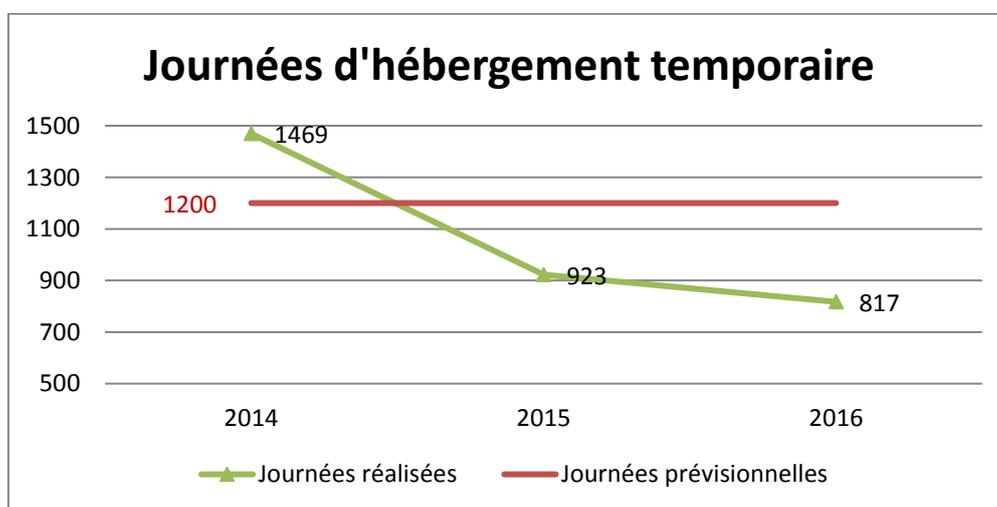
5.2.2. Hébergement temporaire

➤ Taux d'occupation

Le taux d'occupation en hébergement temporaire était de 68% en 2016. Il a diminué de 9% par rapport à 2015, du fait des travaux de réfection des chambres en EHPAD.

➤ Activité générale

SOURCE : SERVICES ECONOMIQUES HOPITAL D'EVRON



Durées Moyennes de Séjour (DMS)	2014	2015	2016	Evolution 2015-2016
Nombre d'entrées	86	56	50	- 10,71%
DMS en hébergement temporaire (jours)	18	15,38	16,02	+ 4,16%

L'activité en hébergement temporaire n'est pas comparable entre 2014 et les années suivantes, puisque l'établissement a dû libérer des chambres à partir de 2015, pour réaliser les travaux de rénovation.

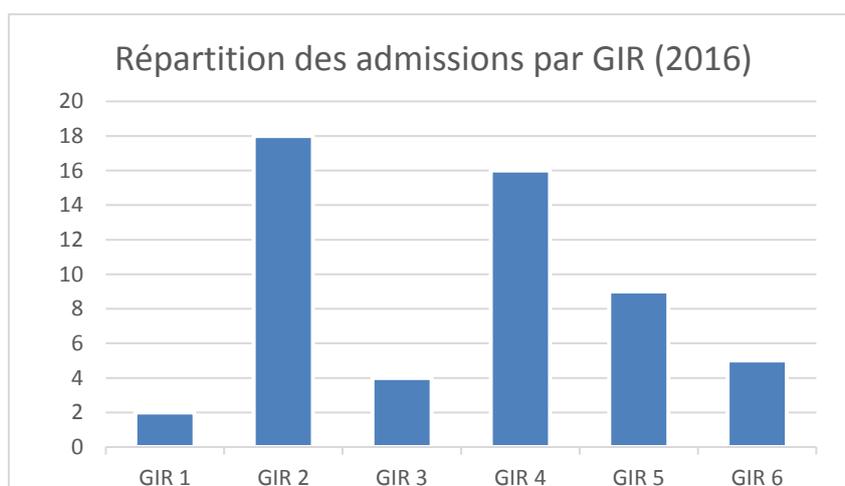
Les données de l'hébergement temporaire, malgré une diminution de la DMS de 11% entre 2014 et 2016, passant de 18 jours à 16,02 jours, montrent qu'il correspond réellement à un accueil de répit pour l'aidant à domicile.

L'hébergement temporaire est une réponse aux besoins de la population permettant d'éviter des hospitalisations non pertinentes (entre autres, lors de l'hospitalisation de l'aidant).

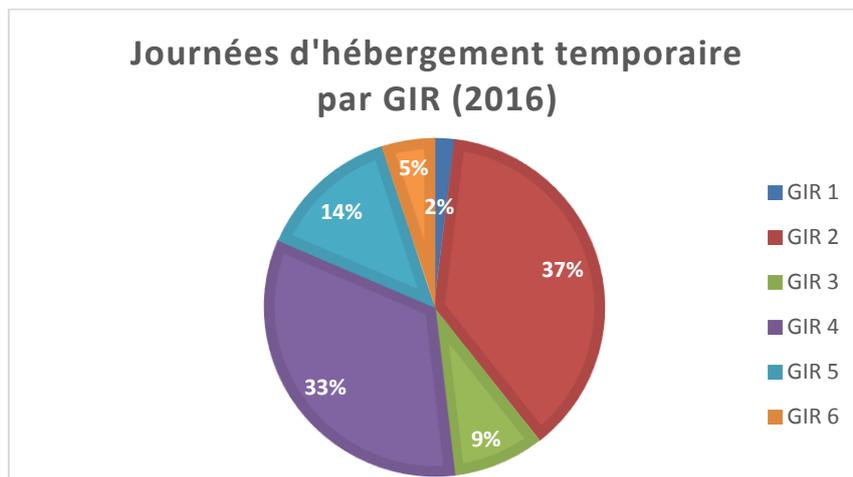
Des sollicitations d'hébergement de nuit sont adressées à l'établissement. Une demande auprès du Conseil Départemental a déjà été formalisée et la direction est en attente de réponse.

➤ Description de la population accueillie

SOURCE : SERVICE ACCUEIL HOPITAL D'EVRON



Les GIR enregistrés proviennent essentiellement de l'évaluation de la dépendance effectuée par le médecin traitant et dans le cadre de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA). La répartition des GIR aurait probablement une présentation différente, si elle était faite lors du séjour d'hébergement temporaire par les professionnels de santé de l'EHPAD, après quelques jours d'observation.



Le nombre de journées d'accueil est majoritaire pour les résidents en GIR 4 et en GIR 2. L'activité actuelle de l'hébergement temporaire est essentiellement liée à l'aide aux aidants.

Les principaux motifs d'admission sont le répit de l'aidant et l'hospitalisation de l'aidant.

5.2.3. Organisation de l'EHPAD et de la prise en soins des résidents

➤ Accueil et intégration des résidents

A l'entrée, un dossier d'admission est remis au résident et à sa famille, lors de l'entretien de pré-admission. Il permet d'informer sur le fonctionnement de l'établissement, du service et de remettre divers documents : le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, le contrat de séjour, ...

L'accueil du résident dans l'établissement fait l'objet d'un protocole écrit. Le jour de l'entrée est planifié entre le résident, ses proches et le cadre du service d'hébergement.

Une visite de l'établissement et du service est organisée par le cadre de santé avec le résident et son entourage.

L'accueil est effectué par un soignant du service, accompagné si possible par une infirmière. L'installation du résident est effectuée par les proches. Une aide à l'installation est possible.

L'arrivée du résident est annoncée dans le service sur le tableau d'information. Le nouveau résident est alors présenté aux résidents du service.

Un entretien avec la psychologue est effectué dans les 15 jours suivant son entrée, afin d'évaluer la qualité de l'adaptation.

➤ Organisation de la continuité des soins et du suivi des résidents

La surveillance et la prise en charge médicale est assurée par le médecin salarié de l'EHPAD. En cas d'absence, son remplacement est effectué par l'un des 3 praticiens attachés de l'hôpital. Des vacances sont assurées par les médecins libéraux dans certains services de l'EHPAD.

Une permanence paramédicale est assurée 24 heures sur 24, dans l'établissement.

Des temps de transmissions et d'échanges autour de la prise en soins des résidents sont organisés régulièrement au sein de chaque service. Ils sont parfois animés par le médecin coordonnateur et intègrent les professionnels transversaux de l'établissement, en plus de l'équipe soignante. Cette

pluridisciplinarité apporte un recueil de données complet au sujet du résident et permet d'ajuster les objectifs de soins et d'accompagnement, selon son autonomie.

Un plan de soins individualisé est réalisé sur le logiciel OSIRIS, en complément du projet de vie du résident, à partir de ses habitudes de vie. Il est réalisé en équipe pluridisciplinaire, dans les jours suivant l'entrée du résident, à partir de ses données médicales, toutes les pathologies actives, les facteurs de risques, de fragilités et les axes de surveillance.

Il est réévalué à périodicité définie, mais aussi lors des retours d'hospitalisation ou changement important de l'état de santé de la personne.

➤ **Accompagnement personnalisé des résidents**

La loi du 2 janvier 2002 stipule qu'il doit être prévu pour chaque usager un accompagnement individualisé, adapté à son âge, et favorisant son développement, son autonomie et son insertion.

• **Elaboration du Projet de vie personnalisé**

Le Projet de Vie Individualisé (PVI) est un projet d'accompagnement personnalisé construit dès l'entrée du résident, tout d'abord par une phase de recueil des informations, puis par une phase de mise en place du projet.

Il est l'expression de la projection dans l'avenir de la personne, de ses aspirations et de ses choix. Le PVI est personnel, singulier, il fait le lien entre le passé, le présent, le futur et est évolutif.

Un PVI est réalisé toutes les semaines au cours d'une rencontre pluridisciplinaire planifiée par le médecin coordonnateur, en priorisant les résidents qui sont arrivés dans les 6 derniers mois.

Les familles sont informées des dates d'élaboration des PVI par courrier.

Les professionnels impliqués dans l'élaboration des PVI sont l'équipe soignante, le médecin, la cadre de santé, la diététicienne, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'animatrice, la psychologue, voire la mandataire judiciaire si le résident est un majeur protégé.

Les missions des différents professionnels qui interviennent lors du PVI sont clairement définies, avec l'objectif de maintenir les capacités du résident et de respecter son rythme de vie.

Les données du PVI et les objectifs déterminés pendant la réunion sont saisies sur le dossier informatisé du résident.

En accord avec le résident, la famille, le tuteur ou la personne de confiance sont invités pour que le PVI leur soit présenté.

Une réévaluation du PVI est prévue au bout de 2 mois, puis une fois par an, dans le cadre des transmissions du service. Le choix du PVI à réévaluer est déterminé par le cadre du service.

• **Les référents PVI**

Une fiche de mission est formalisée dans l'établissement pour préciser le rôle des référents auprès des résidents dans l'accompagnement personnalisé.

Ce référent a pour mission d'assurer le recueil de données permettant l'élaboration du projet de vie individualisé et est garant de sa mise en œuvre, de son suivi et de son évaluation.

- **Place de la famille en EHPAD**

Les liens sociaux et familiaux sont essentiels pour maintenir l'équilibre psychologique et physique du résident. Pourtant, il est constaté une timidité de ces familles à établir le lien avec l'équipe soignante, malgré de nombreuses sollicitations.

Afin de démystifier l'institution et ancrer la relation de confiance dans le travail des équipes, la présentation du PVI (avec l'accord du résident) est une première étape vers une fidélisation que l'établissement espère croissante.

- **Organisation de la vie sociale et de l'animation**

L'entrée en institution génère une perte de la vie antérieure tant sur le plan social, affectif et physique. L'animation permet de donner du sens à la vie en institution. Ainsi, elle permet aux résidents de faire des rencontres, de rythmer et dynamiser le quotidien.

Les missions du service animation inscrites dans le projet d'animation ont pour objectifs de :

- **Maintenir la place du résident dans l'institution, la société et la famille** (reprendre contact avec la vie extérieure, favoriser les relations intergénérationnelles, valoriser l'histoire de vie des résidents, maintenir les échanges familiaux et sociaux...)
- **Maintenir l'autonomie, valoriser les gestes du quotidien** (valoriser les capacités restantes du résident, faire renaître des désirs, des plaisirs, l'occasion de se découvrir, de se sentir utile...)
- **Faciliter les relations entre les résidents** (prendre en compte les affinités, les intérêts communs, favoriser les sorties de petits groupes, inviter à la fréquentation de la cafétéria...)

Il permet de proposer à chacun des activités adaptées à son état de santé et met en avant la notion de respect de toutes personnes, à savoir la considération en tant qu'individu à part entière et la prise en compte de son histoire de vie.

- **Organisation du service Animation**

Trois animatrices assurent la coordination partagée du service animation. Ce dernier comprend également les deux agents dédiés à la gestion de la cafétéria, qui mettent en place également des soins « bien-être ».

Les animatrices proposent généralement des activités le matin et l'après-midi, du lundi au vendredi, en veillant à diversifier les animations pour que chaque résident y trouve un intérêt. Les animatrices sont garantes de leur secteur, elles doivent y développer le projet d'animation, le faire vivre et le communiquer auprès des résidents et des équipes.

Les activités et animations proposées font l'objet de fiches descriptives. Elles sont de plusieurs ordres :

- Activités hebdomadaires : gymnastique douce et parcours de santé, jeux de mémoire, de société...
- Activités ponctuelles : éveil des sens (atelier culinaire, jardinage), cinéma, expression musicale...
- Activités festives : spectacles avec artistes/ expositions/conférenciers, anniversaires...
- Sorties extérieures : promenades, sorties magasins, pique-nique, restaurant...

En complément des animations organisées au sein des services, l'établissement dispose d'une cafétéria commune à tous les services et ouverte tous les jours. Ce lieu reste un atout dans le maintien du lien social.

L'EHPAD contribue, par ailleurs, à maintenir le lien social avec l'extérieur grâce aux différents partenaires, entre autres le lycée d'Orion, la médiathèque d'Evron, les écoles environnantes, ou encore les associations de personnes âgées.

- **Modalités de coordination avec les professionnels de santé**

L'animation s'appuie sur le projet de service du service animation.

Les animatrices échangent avec les équipes de soins, lors des transmissions orales et ciblées, et lors de la mise en place des PVI, pour contribuer à une meilleure connaissance du résident et ainsi pouvoir proposer des activités adaptées au plus proche de ses besoins, selon ses habitudes quotidiennes, son environnement familial et son histoire de vie.

Pour s'assurer du bénéfice apporté par les animations, des fiches sont renseignées pour chaque résident lors des diverses activités, afin d'évaluer ses capacités et son comportement au sein du groupe constitué. Ceci contribue à un suivi de la régularité de la participation de chacun, qui détermine l'intérêt des activités pour le résident.

Actuellement, des évaluations quantitatives et qualitatives permettent de constater que certaines activités sont à privilégier et à proposer toute l'année, de manière hebdomadaire et ponctuelle.

Actions à engager dans les cinq années du projet de service :

- Améliorer les modalités de présentation du résident auprès des autres résidents du service.
- Organiser un bilan avec le résident quelques jours après son arrivée, afin de mesurer son degré d'adaptation dans l'institution.
- Améliorer la prise en soins de la personne âgée et notamment des personnes atteintes de troubles cognitifs et de maladies apparentées Alzheimer, notamment par la création d'une unité d'hébergement spécifique.
- Développer l'offre en faveur du répit des aidants en augmentant le nombre de places en accueil de jour, en créant un accueil de nuit et en confortant l'offre d'hébergement temporaire.
- Envisager d'établir le GIR des résidents en hébergement temporaire, par les équipes paramédicales.
- Améliorer la communication des objectifs du PVI auprès des résidents ou de leurs familles, en tant qu'avenant au contrat de séjour.
- Revoir le mode de nomination des référents soignants.
- Valoriser le rôle du référent soignant auprès du résident et de sa famille.
- Mettre en place la commission d'animation pour favoriser l'expression des résidents sur le programme d'animation.
- Poursuivre la collaboration entre l'équipe d'animation et les professionnels de santé afin d'être labellisé PASA « éclaté » (ergothérapeute, diététicienne, psychologue).
- Engager des actions pour favoriser le lien avec la famille des résidents.
- Réaliser un parcours de santé dans le cadre de la prévention des chutes.

5.3. Projet de service de l'accueil de jour

L'accueil de jour a une capacité d'accueil de 6 places. Ce service s'adresse prioritairement aux personnes âgées d'au moins 60 ans, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, qui vivent à leur domicile sur le Pays des Coëvrons. Il peut également accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie physique ou en situation d'isolement et désireuses de bénéficier de ce soutien à domicile.

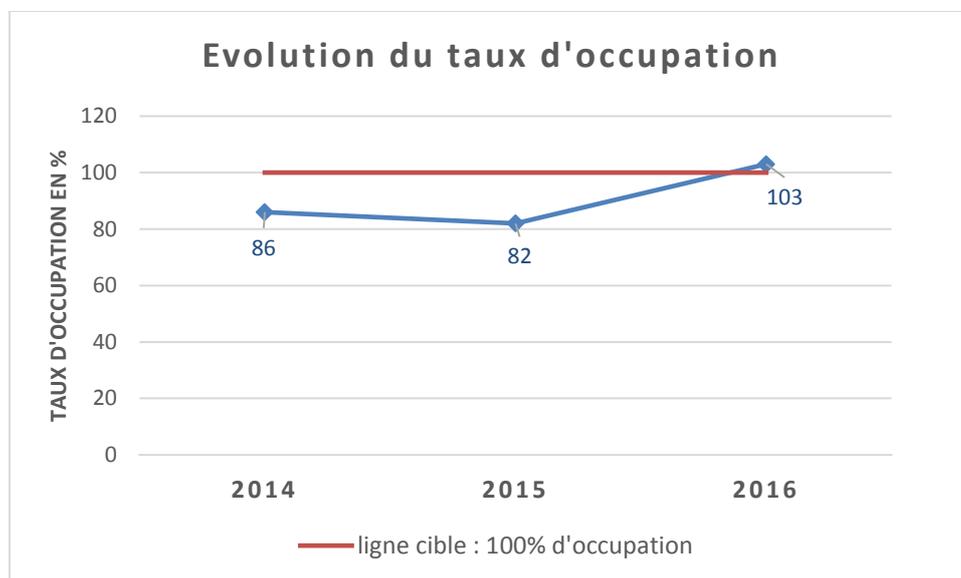
Pour les usagers, l'accueil de jour d'Evron a pour objectifs principaux :

- de stimuler leurs fonctions cognitives et sensorielles, grâce à diverses activités basées sur le plaisir et le bien-être ;
- de retrouver des gestes de la vie quotidienne devenus difficiles à domicile, afin de restaurer ou maintenir l'autonomie ;
- de rompre l'isolement en leur permettant de renouer des liens sociaux et amicaux ;
- de valoriser leurs capacités à travers des activités de la vie quotidienne et des ateliers adaptés.

Pour les aidants, les objectifs sont de leur apporter un temps de répit en retrouvant du temps libre et de les accompagner dans la compréhension de la maladie et des symptômes qui y sont liés.

5.3.1. Taux d'occupation

Le taux d'occupation, jusqu'en 2015 était calculé sur 4 journées d'ouverture par semaine, alors qu'à partir de 2016, il est calculé sur 5 jours par semaine (sur 50 semaines par an).

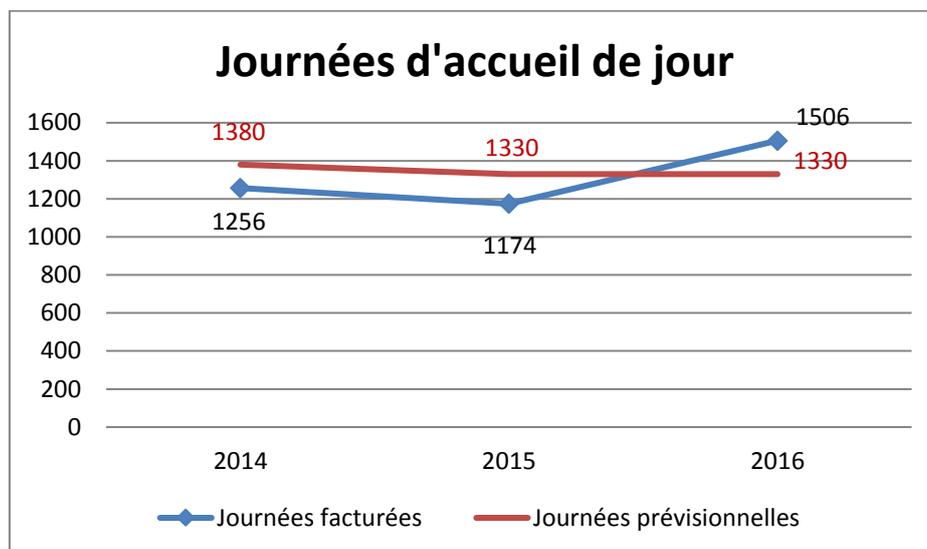


SOURCE : ACCUEIL DE JOUR HOPITAL D'EVRON

Le ratio d'exploitation progresse de 21% entre 2015 et 2016, considérant une ouverture de 5 jours par semaine (1174 journées contre 1506) ; Les demandes en attente ont pu être satisfaites en ouvrant le service un jour supplémentaire.

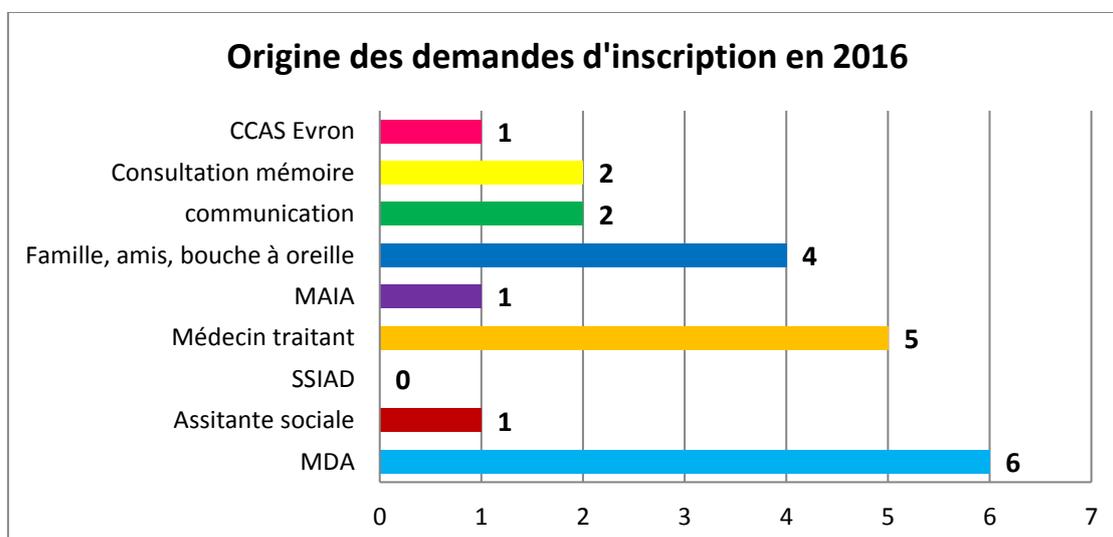
5.3.2. Activité générale

SOURCE : ACCUEIL DE JOUR HOPITAL D'EVRON



	2014	2015	2016	Evolution 2015-2016
Nombre d'admissions	8	5	14	+ 180%
Nb de personnes sur liste d'attente au 31/12/16	16	16	4	- 75%

Au 1^{er} janvier 2016, une nouvelle organisation a permis l'ouverture de l'accueil de jour à 5 jours par semaine, au lieu de 4 jours, afin de répondre à la demande croissante du territoire. Cela a pu se faire en alliant les objectifs du maintien de la qualité du service et du respect des règles budgétaires, sans augmentation de moyens et grâce à l'emploi d'un contrat aidé. Aujourd'hui, la liste d'attente est moins importante mais le taux d'occupation est supérieur à 100%.



Plus de la moitié des demandes est orientée par la MDA (Maison De l'Autonomie) ou le médecin traitant.

Une bonne partie des orientations émane également du bouche à oreille (connaissance, ami ou famille). Ceci met en évidence la compétence adaptée du service aux besoins des usagers qui engendre un écho positif sur le territoire de la part des usagers.

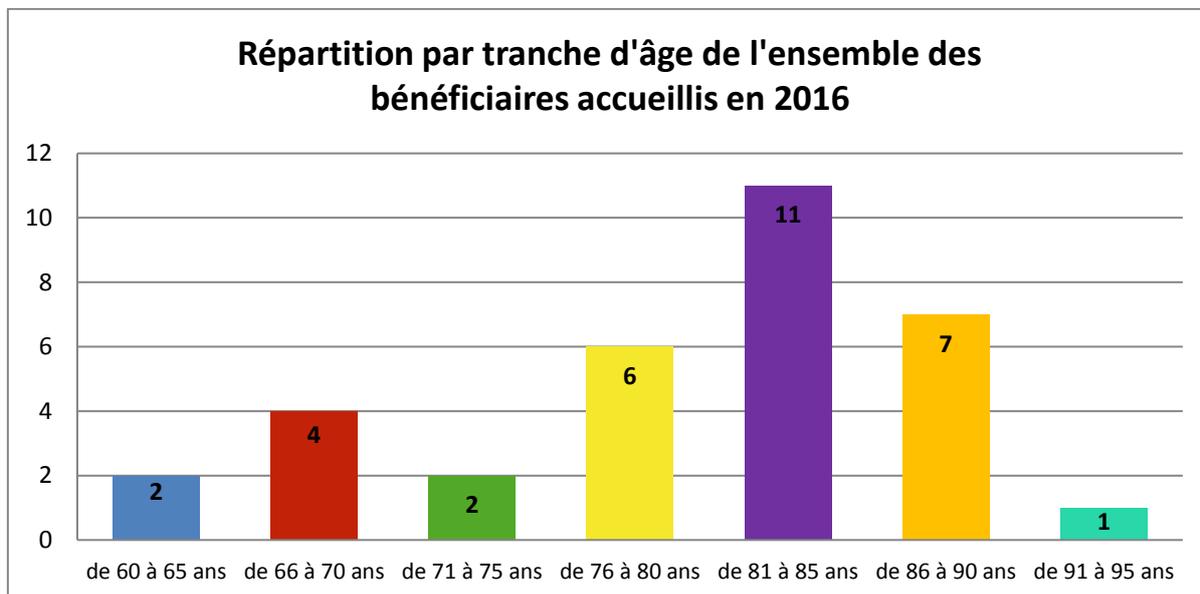
L'origine des demandes est de plus en plus diversifiée démontrant ainsi, de la part des différents partenaires, une validation des bénéficiaires et de la nécessité de l'accueil de jour.

Motifs d'arrêt de l'accompagnement en accueil de jour - 2016							
	décès	entrée en EHPAD	souhait de l'aidant	AJ devenu non pertinent	déménagement	hospitalisation sans retour à domicile envisagé	Total
Nb de bénéficiaires	3	1	2	1	1	1	9

Le constat établi l'an passé se confirme une nouvelle fois en 2016. En effet, le nombre d'arrêts est chaque année du même ordre et donc prévisible : entre 8 et 9. Cependant, compte tenu du nombre plus important de personnes accueillies depuis l'ouverture sur 5 jours, le service peut s'attendre à une augmentation des arrêts à partir de 2017.

5.3.3. Description de la population accueillie

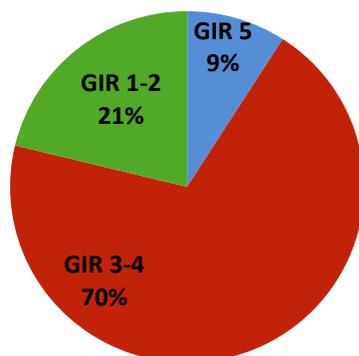
SOURCE : ACCUEIL DE JOUR HOPITAL D'EVRON



La répartition des usagers par tranche d'âge est beaucoup plus hétérogène qu'en 2015. Plus de la moitié des bénéficiaires accueillis ont entre 81 et 90 ans. Cependant, la part des moins de 75 ans a fortement augmenté par rapport à 2015.

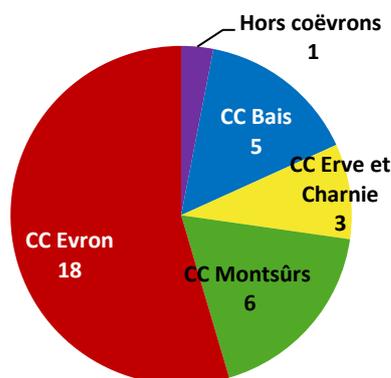
La moyenne d'âge des bénéficiaires au 31/12/16 est donc moins élevée que l'année précédente : 78,8 en 2016 contre 80,3 en 2015. Les malades d'Alzheimer ou troubles apparentés sont diagnostiqués de plus en plus tôt, ce qui expliquerait qu'ils soient orientés plus tôt vers l'accueil de jour.

Répartition par degré d'autonomie de l'ensemble des usagers accueillis en 2016



Au 31/12/16, la part des usagers en GIR 3-4 représente les trois quarts des bénéficiaires, ce qui est en nette hausse par rapport à l'année 2015. En effet, la plupart des bénéficiaires ont un GIR 4 à l'arrivée. De plus, les personnes entrées en GIR 5 sont devenues plus dépendantes du fait de la progression de la maladie.

Répartition par secteur géographique de l'ensemble des usagers accueillis en 2016



Une majorité des usagers accueillis en 2016 étaient domiciliés à Evron. Cependant, cette tendance observée depuis plusieurs années semble changer puisqu'au 31 décembre 2016, seulement la moitié d'entre eux habitent Evron. L'accueil de jour peut répondre ponctuellement aux demandes hors Coëvrans. La répartition des secteurs géographiques évolue en fonction du bouche-à-oreille, ainsi que de la communication faite par les médecins traitants.

Le service n'accueille pas de personnes domiciliées hors du département, malgré des demandes, notamment dû à l'absence d'un accueil de jour dans le nord-est du département.

5.3.4. Fonctionnement du service

Depuis 2016, l'accueil de jour est ouvert du lundi au vendredi.

Le transport est assuré par les agents de l'accueil de jour, les agents du service transport de l'hôpital et la centrale de mobilité « Petit Pégase » du département. Une partie du transport est effectivement

déléguée à ce service car le secteur des Coëvrons est vaste et rural ce qui impacte fortement le service de l'accueil de jour, tant en matière de temps que sur le plan financier. L'intervention de ce prestataire permet donc d'accueillir toutes les personnes résidant sur le secteur des Coëvrons, sans discrimination géographique.

5.3.5. Organisation de la prise en soins des bénéficiaires

- **L'approche non médicamenteuse par le biais d'activités adaptées**

LES ACTIVITES VISANT LA STIMULATION COGNITIVE

Toutes les activités proposées favorisent la stimulation cognitive. Cependant, elles sont organisées chaque matin car les capacités attentionnelles sont plus mobilisables à cet instant de la journée. Les activités d'une heure maximum, sous forme d'ateliers mémoire, sont adaptées en fonction des capacités du groupe.

LES ACTIVITES CONTRIBUANT AU BIEN-ETRE ET A L'ESTIME DE SOI

L'accueil de jour propose des activités faisant appel aux capacités restantes des usagers pour les revaloriser, ce qui contribue à leur bien-être et à leur estime de soi. La belote, les activités musicales, les soins esthétiques, ainsi que l'écoute individuelle, sont autant d'activités destinées à cet objectif.

L'activité jardinage est poursuivie. Elle fait appel à des savoir-faire ancrés en mémoire et est source de valorisation pour ces personnes qui prennent plaisir à nous transmettre leurs connaissances. De plus, cela apporte des repères spatio-temporels à ces personnes très souvent désorientées.

L'aromathérapie, sous forme de toucher massage, est un médiateur pour la verbalisation d'un ressenti et favorise l'apaisement.

L'ouverture vers l'extérieur est possible, entre autres, grâce aux échanges intergénérationnels que nous faisons avec les enfants du centre de loisirs d'Evron et les élèves du lycée d'Orion.

LES ACTIVITES FAVORISANT UNE MEILLEURE NUTRITION

Le temps du repas est un temps fort de la journée au sein de la structure. En effet, il semble primordial de faire de ce déjeuner un moment convivial où l'usager prend plaisir à manger seul. Tout est mis en œuvre pour adapter les textures, en respectant les régimes alimentaires de chacun, en stimulant l'hydratation, en apportant des aides techniques (grâce aux interventions des ergothérapeutes) pour que chacun prenne son repas seul, en surveillant les troubles de la déglutition pour éviter les fausses routes et en répondant aux goûts de chacun. La participation des usagers à la préparation de la table, au service et à la vaisselle contribue à faire de l'accueil de jour un lieu de vie identique à celui du domicile.

Il est également proposé des activités de cuisine thérapeutique avec la préparation, notamment, des légumes du jardin et la confection de pâtisseries pour chaque anniversaire.

LES ACTIVITES PHYSIQUES

Afin de maintenir une indépendance physique, de limiter le risque de chute, d'agir contre la sarcopénie⁴, de prévenir le risque d'escarre et de faciliter le transit, il est régulièrement proposé des activités faisant appel à la motricité. Aussi, les promenades en extérieur sont privilégiées dès que possible pour sortir du cadre institutionnel et bénéficier des bienfaits du soleil et du grand air.

Enfin, les activités manuelles participent également au maintien d'une activité physique, à la stimulation des praxies et favorisent la créativité.

- **Les projets de vie individualisés**

Pour chaque usager, un projet de vie individualisé est établi afin de proposer un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins ainsi qu'aux attentes de chacun.

Pour ce faire, un recueil d'informations sur les habitudes de vie, goûts et éléments identitaires importants est complété par l'usager et son aidant afin d'avoir une meilleure connaissance de la personne.

Puis une évaluation cognitive est effectuée à l'aide de différents tests.

Enfin, à partir des constats faits en équipe, un entretien est proposé à l'utilisateur accompagné de son aidant principal afin d'établir ensemble les objectifs d'accompagnement pour l'année en cours et qui seront évalués l'année suivante.

- **L'ancrage de l'accueil de jour dans le dispositif gérontologique**

L'accueil de jour étant un acteur du maintien à domicile, l'ancrage dans le dispositif gérontologique local et la collaboration avec les différents partenaires est primordial.

Ainsi, les principaux partenaires sont : l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Départemental (avec la Maison Départementale de l'Autonomie, la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer et maladies apparentées, le service de transport « Petit Pégase »), les médecins traitants, les consultations mémoire de Mayenne et Laval principalement, le Service de Soins Infirmiers à Domicile d'Evron, les infirmiers libéraux, les services d'aide à domicile, les EHPAD du secteur des Coëvrons, l'hébergement temporaire de l'établissement, l'association France Alzheimer, l'Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation et l'Equipe Spécialisée Alzheimer de Mayenne.

L'accueil de jour participe alors aux cellules de concertation organisées par la MDA afin d'échanger de façon pluridisciplinaire autour des situations difficiles. Ce travail en réseau facilite ainsi la cohérence du parcours de soins des usagers et le repérage des situations à risque.

- **Le rôle de la coordinatrice auprès des aidants**

La réorganisation du service permet aujourd'hui de consacrer plus de temps aux aidants. En effet, les après-midis dédiés à la coordination offre un espace d'écoute qu'ils investissent pleinement, soit

⁴ Maladie caractérisée par une diminution de masse, de force et de fonction musculaire qui expose les personnes âgées à la fragilité

par des échanges téléphoniques, soit par des entretiens. Un soutien, des conseils, des informations sur la maladie sont apportés et des aides adaptées à leurs besoins sont proposées.

Le service travaille également en collaboration avec l'association « France Alzheimer » afin que chaque aidant qui le souhaite puisse bénéficier de temps de formation et/ou d'échanges, au travers de groupes de parole, réunions d'information, etc.

Actions à engager dans les 5 années du projet de service :

- Pérenniser le fonctionnement actuel en aménageant le poste de l'emploi aidé en temps plein AMP, selon accord de l'ARS et du Conseil Départemental.
- Développer la communication sur l'offre médico-sociale de l'hôpital d'Evron en faveur de l'aide aux aidants (hébergement temporaire, accueil de jour...)
- Proposer des formations auprès des aidants.
- Planifier la préparation de repas thérapeutiques avec les usagers et à destination des aidants.
- Prolonger la prévention des chutes au domicile grâce à l'intervention de professionnels dans le cadre d'un programme d'activité physique adaptée.
- Poursuivre la création de nouveaux outils de stimulation cognitive.
- Mettre en place un atelier « écriture » pour favoriser l'expression des usagers, puis en faire un recueil.
- Poursuivre la mise en place des projets de vie individualisés et les faire vivre.
- Participer au Plan Personnalisé de Santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie dans le cadre du PAERPA.
- Etablir un partenariat avec une école primaire d'Evron pour créer des échanges intergénérationnels autour du jardin thérapeutique.
- Créer un espace *Snoezelen* afin d'apporter un cadre relaxant tout en permettant une stimulation sensorielle.
- Maintenir l'intervention du « Petit Pégase ».
- Etablir un partenariat privilégié avec le service de consultation mémoire du Centre Hospitalier de Laval pour faciliter les orientations vers l'accueil de jour et développer une coordination efficiente autour des situations communes.
- Favoriser l'intervention d'une Equipe Mobile Alzheimer sur le territoire des Coëvrons.
- Développer l'offre de soins et répondre aux besoins du territoire par la création d'un accueil de nuit, selon accord de l'ARS et du Conseil Départemental.
- Augmenter les places d'accueil de jour en fonction de l'accroissement de la liste d'attente et selon accord de l'ARS et du Conseil Départemental.

5.4. Projet du Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Le service de Soins Infirmiers à Domicile est un service de l'hôpital d'Evron, doté de 70 places depuis le 1^{er} juillet 2014.

Le SSIAD assure, sur prescriptions médicales, des prestations de soins sous la forme de soins techniques infirmiers, réalisés par des infirmiers libéraux, ou de soins de bases et relationnels. Il intervient à domicile ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux non-médicalisés, auprès :

- de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
- de personnes adultes de moins de 60 ans, sur dérogation de la caisse d'Assurance Maladie.

Ce service contribue au maintien à domicile tout en travaillant en lien étroit avec les services hospitaliers et d'hébergement de l'établissement. Ainsi il permet :

- d'éviter ou 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 retarder la dégradation de l'état de santé des personnes âgées et handicapées et l'admission en institution (EHPAD, établissement pour personnes handicapées) ;
- d'accompagner la fin de vie.

Le SSIAD intervient dans 38 communes, sur les secteurs de Bais, Evron, Montsûrs et Sainte-Suzanne.

5.4.1. Taux d'occupation

SOURCE : LOGICIEL MENESTREL

	2014	2015	2016	Evolution 2015-2016
Taux d'occupation	92,19%	97.59%	96,75%	- 0,86%

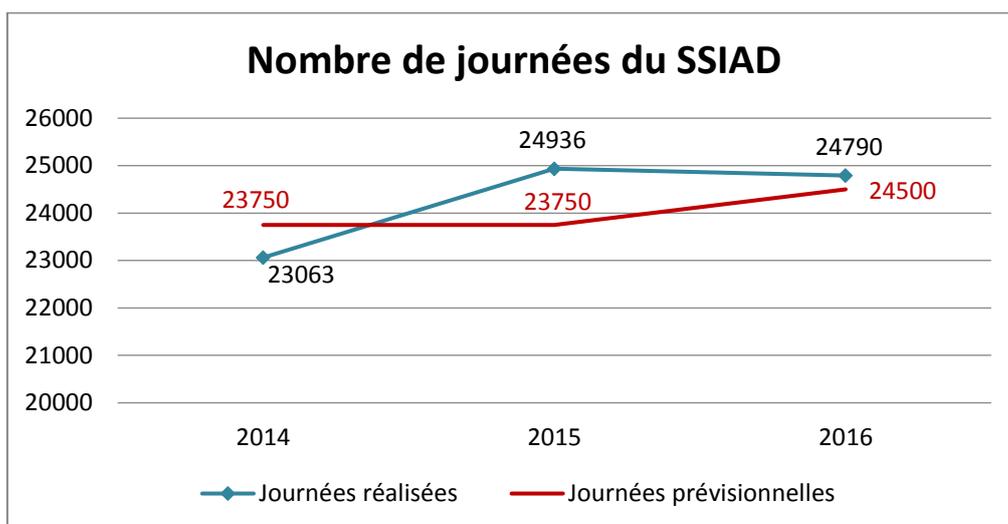
Le taux d'occupation du SSIAD sur les 3 dernières années démontre que le SSIAD répond aux demandes de la population. Il ne peut atteindre un taux de 100%, du fait des bénéficiaires hospitalisés qui ne sont pas remplacés (jusqu'à 21 jours de carence).

En 2016, le délai d'attente était de 56,3 jours, contre 25,02 jours en 2015. Cette augmentation s'explique par l'évolution de la charge en soins des personnes accueillies au SSIAD ; diminuant ainsi la disponibilité sur les tournées.

Au 31/12/16, 8 personnes étaient en attente de prise en soins par le SSIAD.

5.4.2. Activité générale

SOURCE : LOGICIEL MENESTREL

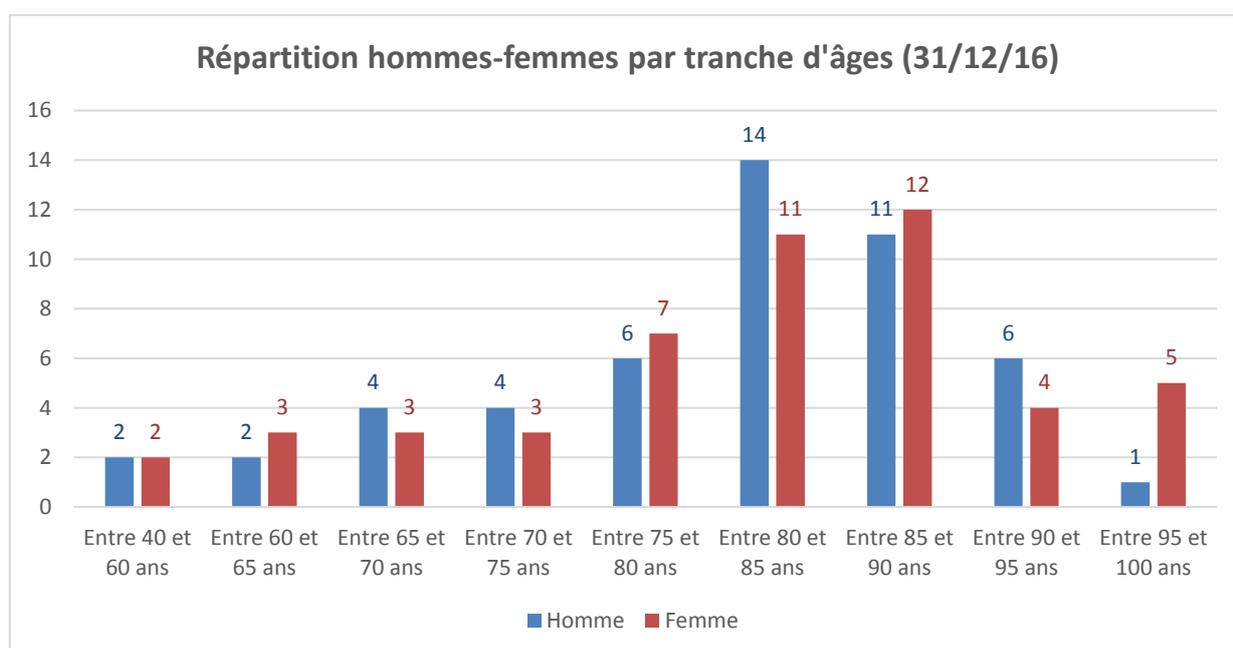


	2014	2015	2016	Evolution 2015-2016
Nombre d'admissions	183	165	144	- 12,73%
Durée moyenne de prise en charge (jours)	356	338	425	+25,74%

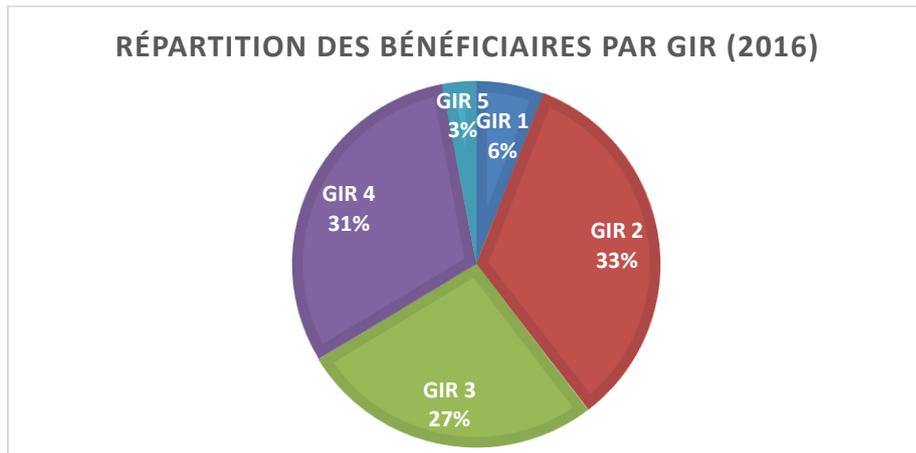
La durée moyenne de prise en charge pour les personnes présentes sur l'année 2016 est en augmentation. Cette croissance entre 2015 et 2016 s'explique par le vieillissement de la population qui reste plus longtemps à domicile.

5.4.3. Description de la population prise en charge à domicile

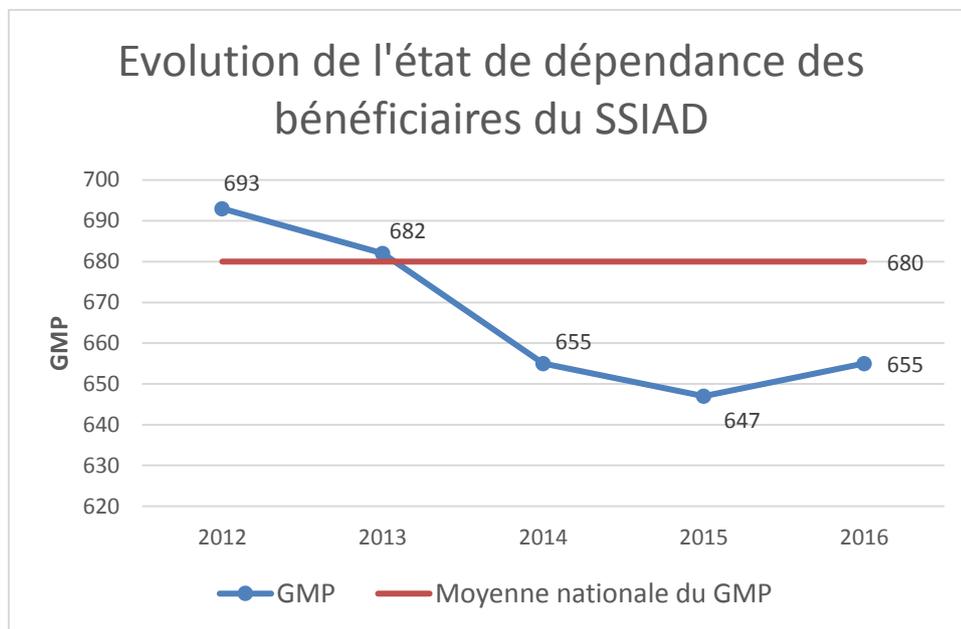
SOURCE : LOGICIEL MENESTREL



Près de la moitié des personnes prises en charge a entre 80 et 90 ans. En 2016, le SSIAD a accompagné autant de femmes que d'hommes.

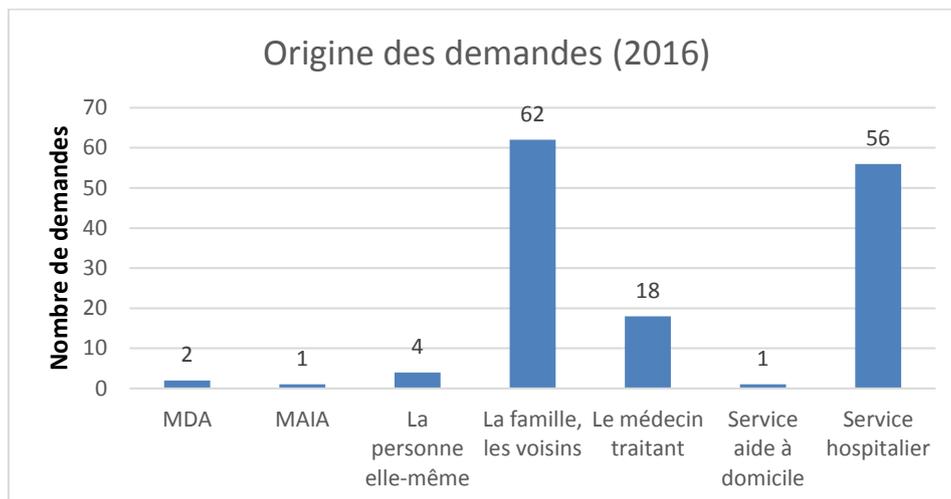


La répartition des GIR est sensiblement la même en 2015 et en 2016.

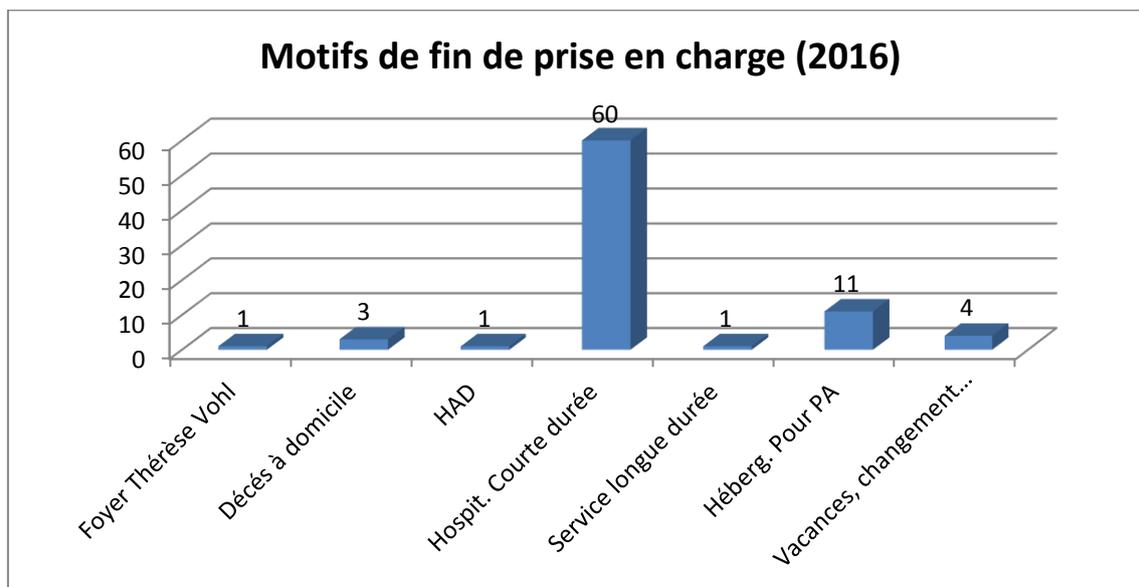


Une décroissance est observée entre 2013 et 2014 s'expliquant par des fins de prise en soin de personnes en GIR 1.

Le GMP tend à remonter légèrement entre 2015 et 2016. En 2016, le SSIAD a pris en soin 101 personnes soit 8 personnes de moins qu'en 2015, cependant la dépendance des personnes présente a évolué. L'augmentation de la dépendance nécessite de ce fait plus de passage des aides-soignantes (2 passages au lieu d'un)



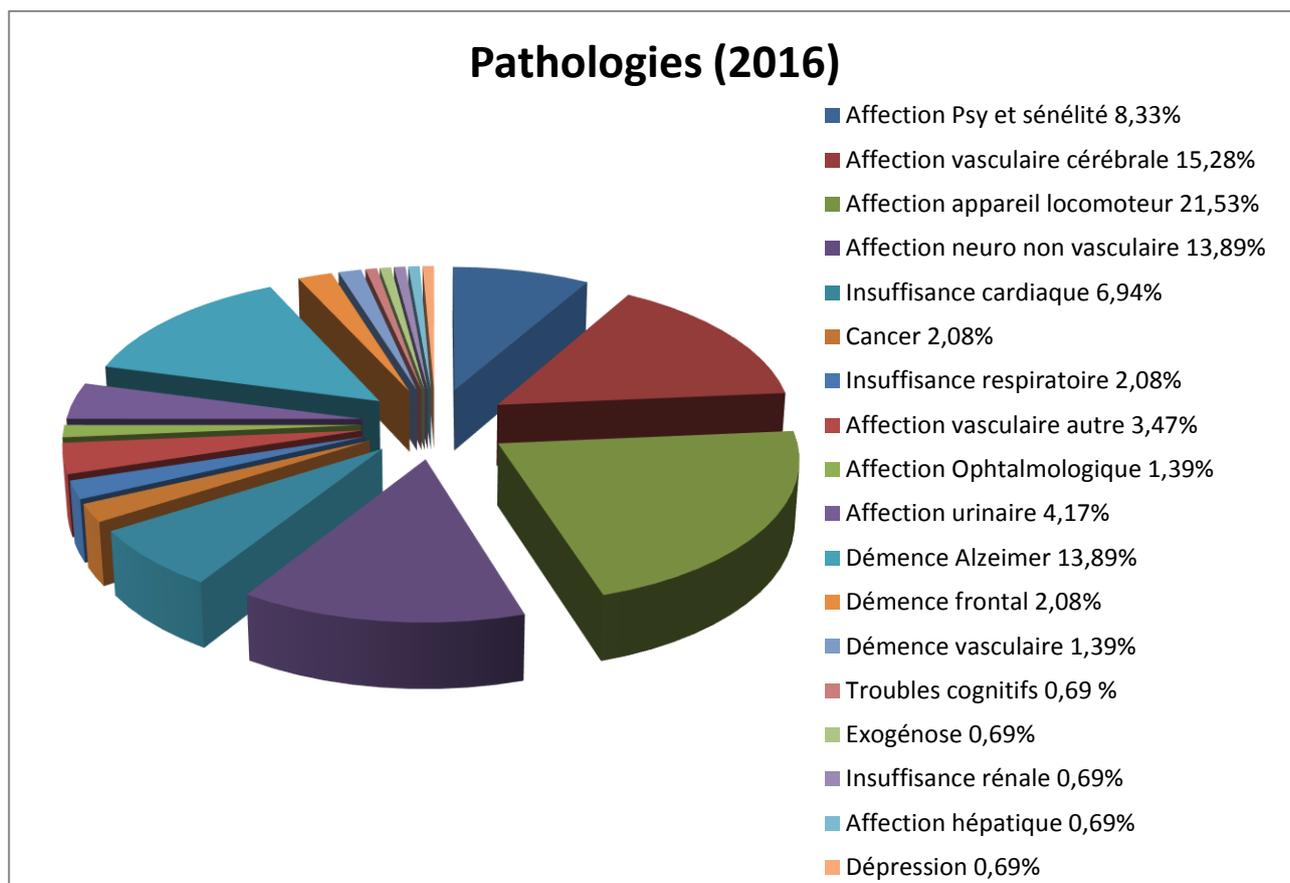
Les demandes de prise en soin au SSIAD proviennent généralement de services médecine, SSR et autres, aussi bien de l'hôpital d'Evron, de Laval ou de Mayenne. Les demandes viennent aussi des médecins traitants, des familles et/ou des personnes elles-mêmes. Il peut arriver que l'HAD demande de prendre le relais (pas de demandes en 2015 et en 2016).



Le motif de fin de prise en charge le plus souvent rencontré est l'hospitalisation de la personne en médecine ou soins de suite. Lorsque les hospitalisations dépassent les 21 jours (temps maximum avant que le bénéficiaire sorte des effectifs du SSIAD), une nouvelle demande doit être faite mais elle est prioritaire. Quand il n'y a pas de retour envisagé, le devenir de la personne s'oriente le plus souvent vers une institution définitive.

5.4.4. Types de pathologies prises en charge

SOURCE : LOGICIEL MENESTREL



La principale pathologie des patients pris en charge par le SSIAD est l'affection de l'appareil locomoteur. Malgré une proportion de 21,53%, il ne s'agit pas de la pathologie majoritaire, ce sont les pathologies liées aux troubles cognitifs (affection psy, démences, troubles cognitifs...) qui représentent plus du quart des pathologies rencontrées.

Le constat d'une prise en soin de bénéficiaires atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée à domicile met en évidence qu'un soutien supplémentaire serait à développer auprès des aidants. Le SSIAD informe l'entourage sur les possibilités d'accueil proposées par l'hôpital d'Evron, telles que l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire en EHPAD.

Par ailleurs, pour favoriser le maintien au domicile des personnes désorientées, le SSIAD souhaiterait constituer une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) avec des professionnels formés à la réadaptation, à la stimulation et à l'accompagnement de ces personnes et de leur entourage.

5.4.5. Organisation du service et de la prise en soins des bénéficiaires

L'organisation du service est assurée par une infirmière coordinatrice et deux infirmières adjointes.

L'équipe d'aides-soignantes assure les soins relevant de leurs compétences au domicile.

Une assistante médico-administrative assure le suivi des dossiers administratifs. Elle est également l'interlocutrice du SSIAD pendant les heures d'ouverture du bureau, en l'absence de l'infirmière coordinatrice et/ou des infirmières adjointes.

Les soins techniques (injections, pansements, etc...) sont effectués par des infirmiers libéraux ayant passé convention avec le SSIAD.

Le SSIAD étant l'un des services de l'hôpital d'EVRON, il bénéficie de l'ensemble des compétences administratives, techniques et logistiques de l'établissement.

➤ **Modalités d'admission**

Les admissions sont faites sur prescription médicale (validation du protocole).

Lors de la visite de préadmission, l'infirmière coordinatrice établit un recueil de données avec la personne et/ou l'aidant afin d'évaluer les besoins. Cette visite permet de déterminer la fréquence des passages de l'aide-soignante.

Au décours de la première toilette, l'infirmière adjointe élabore avec l'aide-soignante le projet de soins, en mettant l'accent sur le maintien des capacités de la personne. Ces soins peuvent être réajustés par les aides-soignants à la demande de l'utilisateur et en fonction de ses habitudes de vie.

➤ **Continuité des soins lors du séjour**

A l'issue des tournées, les aides-soignantes rédigent les transmissions sur les dossiers de soins des bénéficiaires, dans les locaux du SSIAD. Ainsi, des échanges avec l'infirmière permettent d'évoquer les situations et de traiter les problèmes rencontrés.

Une réunion de synthèse a lieu régulièrement (2 fois par mois), avec l'ensemble de l'équipe, pour partager le vécu ou les problèmes dans les prises en soin.

➤ **Projet de soins individualisé**

La personnalisation de l'accompagnement constitue un point fort mis en exergue par l'évaluation externe en 2014.

Le projet d'accompagnement personnalisé se construit dès l'admission de la personne, tout d'abord par une phase de recueil des informations, puis par une phase de mise en place du projet.

Les documents de recueil de l'histoire de vie et des habitudes du bénéficiaire sont créés et mis à la disposition des aides-soignants, afin d'obtenir les informations les plus exhaustives possibles avant intégration dans le projet d'accompagnement personnalisé.

Les soignants réajustent le projet de soins en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne. Actuellement, les réunions d'élaboration et de suivi des projets sont réservées au personnel soignant.

➤ **Confort et soins**

Pour les personnes en perte d'autonomie ou dont le niveau de dépendance augmente de manière importante, le service met tout en œuvre pour maintenir la qualité des soins, en préservant le confort et l'ergonomie. Pour atteindre cet objectif, le service recherche des solutions qui peuvent aider les personnes (ex. : proposer à l'essai un prêt de matériel, tels qu'une chaise de douche, un montauban ou un déambulateur). Une collaboration avec l'Equipe d'Appui de Rééducation et de Réadaptation (EAAR) permet une aide dans la recherche de solutions dans les besoins identifiés.

L'infirmière coordinatrice et/ou l'infirmière adjointe prennent en compte les remarques de l'utilisateur et/ou de l'aidant, mais aussi la demande exprimée par les soignants. Elles se doivent d'être attentives aux différentes situations et aux limites de prises en charge au domicile.

5.4.6. Partenariats et réseau du SSIAD

L'une des caractéristiques de la réussite du maintien à domicile est l'indispensable coordination qui existe entre les différents acteurs. Parmi ceux-ci, on retrouve les intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux, familiaux et les acteurs de réseaux (EAAR, MDA, MAIA, EMSP, autres SSIAD, HAD, infirmiers libéraux, famille, JALMALV).

Les partenaires du SSIAD sont représentés par les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les assistantes sociales, les infirmiers psy du secteur, les orthophonistes, les accueils de jour, les hébergements temporaires, les EHPAD et les centres hospitaliers ou cliniques, en particulier les soins de suite et de réadaptation.

Pour les actes infirmiers, notamment les traitements et la surveillance des pathologies, le SSIAD travaille en partenariat avec 9 cabinets infirmiers libéraux ayant signé une convention avec l'établissement (soit 23 conventions signées avec les infirmiers en cours, à ce jour). La prestation du SSIAD inclut les actes des infirmiers libéraux.

Des dossiers de soins au domicile concourent au bon suivi de la personne. Des classeurs de coordination, dans lesquels sont consignées les informations de suivi de l'état de santé de la personne, permettent une communication entre les différents intervenants au domicile.

5.4.7. Participation des aidants familiaux

Les aidants (proches, familles...) participent activement au maintien à domicile. En effet, l'aidant peut être un partenaire de soins (ex. : prévention d'escarres, préparation et prise des médicaments). Il peut également contribuer à la coordination de la prise en charge multidimensionnelle (médecin, infirmier, kinésithérapeute). Il facilite le déroulement des soins (organisation de la chambre, préparation du matériel, entretien du linge...). L'aidant peut être amené à alerter le service sur des situations particulières, telles que la perte d'appétit, une chute, un changement de comportement la nuit...

Le SSIAD est à l'écoute des aidants et s'enquiert de leurs difficultés, pour les soutenir du mieux possible. L'équipe s'attache à ce que chaque personne préserve sa place et joue un rôle actif dans la prise en soins, en fonction des possibilités de chacun.

Afin d'apporter un soutien aux aidants, le SSIAD envisage la possibilité d'augmenter le nombre de passages au domicile ou encore informe l'entourage sur les possibilités d'accueil proposées par l'hôpital d'Evron, telles que l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire en EHPAD.

Actions à engager dans les 5 années du projet de service :

- Envisager la création d'une Equipe Spécialisée Alzheimer rattachée au SSIAD.
- Augmenter le nombre de places de SSIAD.
- Poursuivre la rédaction des projets de vie individualisés et organiser la réévaluation de l'atteinte des objectifs.
- Pérenniser les réunions de concertation avec les acteurs du domicile dans le cadre de la continuité du soin (ADMR, MDA, MAIA, Accueil de jour, EAAR...).
- Développer les coopérations pour l'intervention des équipes mobiles (équipe de gériatrie, HAD...).
- Poursuivre la réflexion pour améliorer le dossier patient à domicile et apporter plus d'interactivité entre tous les intervenants.
- Développer l'utilisation du logiciel qualité de l'hôpital d'Evron pour harmoniser les pratiques en matière de démarche qualité.
- Informatiser les dossiers des bénéficiaires avec un logiciel adapté aux soins à domicile.

5.5. Conclusion du projet médico-soignant

Le projet médical et le projet de soin impactent aussi bien le secteur sanitaire que les services médico-sociaux. Toutes les actions précitées confirment le CH d'Evron dans les missions qui lui sont dévolues et l'assoient comme établissement de proximité.

A cette fin, ce projet met l'accent sur l'accessibilité en lien avec la qualité des soins, la diversification de l'offre de prise en charge, la continuité des soins sur son territoire et le maintien de l'autonomie de la population âgée de proximité.

Afin de pouvoir concrétiser ces orientations stratégiques, l'établissement entend étendre ses partenariats avec tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et libéraux du secteur, dans le respect du Projet Médico-Soignant Partagé issu du GHT.



6 - LE PROJET SOCIAL

6. Le projet social

Le projet social transcrit la politique sociale de l'établissement et définit les objectifs pour les cinq années à venir en matière de gestion des compétences, recrutement, formation continue et communication.

Le projet social concerne l'ensemble des salariés de tous les grades et de tous les services.

Il a pour objectif de favoriser les attentes professionnelles des agents tout en répondant aux évolutions et besoins de l'établissement afin d'améliorer la qualité de soins et l'accompagnement des patients et des résidents.

Le projet social constitue un fil conducteur pour la gestion des ressources humaines.

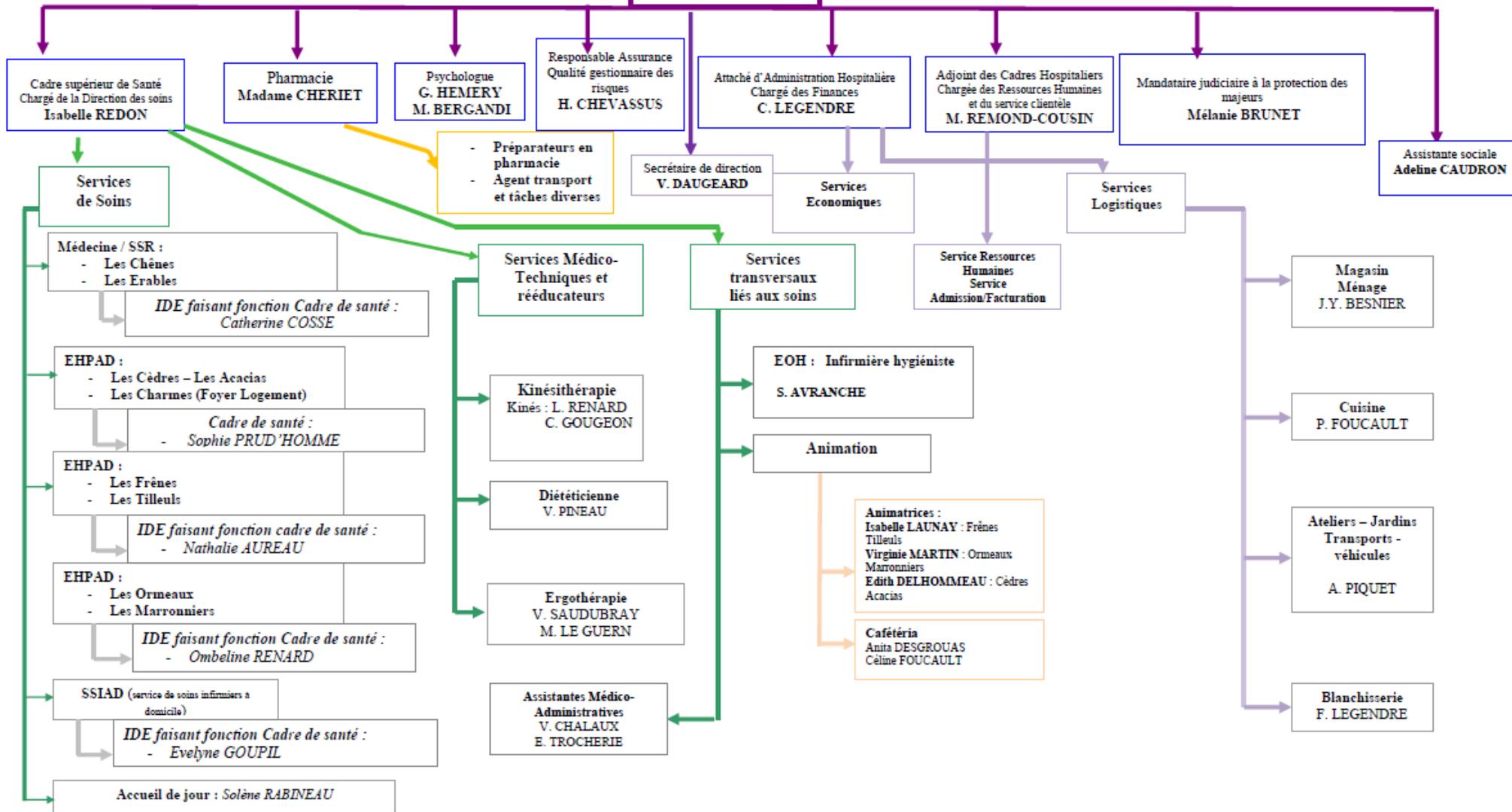
6.1. Organisation générale de l'établissement

6.1.1. Organigramme

Voir organigramme hiérarchique ci-après.

Corps médical :
Docteur LEROY, praticien attaché
Docteur SAVIDAN, praticien attaché
Docteur LEVITCHI, praticien attaché
Docteur CANCOUET, médecin Coordonnateur EHPAD
Madame CHERIET, pharmacien contractuel

Directeur
M. DUBOIS



6.1.2. Répartition des effectifs budgétés

	EFFECTIFS BUDGETES AU 31/12/2016					EFFECTIFS SOUHAITES DANS CPOM 2017-2022*	
	SECTEUR SANITAIRE	EHPAD	ACCUEIL DE JOUR	RESIDENCE AUTONOMIE	SSIAD	EHPAD	RESIDENCE AUTONOMIE
	Direction et Personnels administratifs	1 ETP Directeur 1 ETP Attaché d'Administration Hosp. Principal					
	3 ETP Adjoints des Cadres Hosp.						
	1,50 ETP Assistants Médico- administrative	0,75 ETP Assistante Médico- administrative			1 ETP Assistante Médico- administrative		
	7 ETP Pers. de catégorie C						
Personnels des services de soin et de rééducation	1 ETP Cadre supérieur de santé						
	1 ETP Cadre de santé	2 ETP Cadres de santé 1 ETP IDE coordinatrice			1 ETP IDE Coordinatrice 1,50 ETP IDE adjointes		0,50 ETP IDE Coordinatrice
	15,65 ETP IDE Jour/Nuit 19,94 ETP AS Jour/Nuit 9,90 ETP ASH	16,50 ETP IDE Jour 46,60 ETP AS/AMP Jour/Nuit 32 ETP ASH Jour/Nuit	0,70 ETP AS 0,50 ETP ASH	5,70 ETP ASH	13,20 ETP AS/AMP	2 ETP AS/AMP 2 ETP ASH	
	0,50 ETP IDE Hygiéniste						
	1,30 ETP Kinésithérapeutes 1 ETP Ergothérapeute 0,50 ETP Diététicienne	0,70 ETP Kinésithérapeute 0,80 ETP Ergothérapeute 0,40 ETP Diététicienne	1 ETP Psychomotricien				
	0,60 ETP Psychologue	0,40 ETP Psychologue	0,10 ETP Psychologue			0,40 ETP Psychologue	0,40 ETP Psychologue
Personnels éducatifs et sociaux	0,50 ETP Assistante sociale	0,60 ETP Animateur					
Personnels médico- techniques	2 ETP Préparateurs en pharmacie 0,80 ETP Agent pharmacie						
Personnels Techniques et Ouvriers	3,80 ETP Personnels de catégorie B						
	39,60 ETP Personnels de catégorie C	1,50 ETP Personnels de catégorie C					
Personnel Médical	1,90 ETP Médecins attachés	1,30 ETP Médecin, dont 0,30 ETP médecin coordonnateur					
	0,60 ETP Pharmacien						

* Effectif supplémentaire sur la base du 31/12/2016

6.2. Diagnostic du bilan social de l'établissement

La politique d'amélioration de la vie sociale doit s'appuyer, pour trouver sa pertinence, sur une situation constatée d'un état de fait préjudiciable aux agents et à la vie de l'institution.

La pénibilité attachée à certaines fonctions ou certains postes perdure et devient encore plus forte avec l'âge.

Les inaptitudes partielles qui nécessitent de remodeler, voire proposer, une nouvelle fiche de poste sont vécues par les services comme une complexité organisationnelle du travail. Lorsqu'elles sont totales, empêchant l'exercice de la fonction, elles posent une contrainte lourde autant sur l'institution que sur les agents concernés. Certaines inaptitudes ayant leur fait générateur dans l'exercice professionnel doivent faire l'objet d'une politique de prévention.

L'absentéisme constaté, crée une contrainte triple :

- coût économique pour l'institution
- désorganisation des plannings prévisionnels
- augmentation de la charge de travail

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences doit s'appuyer sur la connaissance des âges et sur l'évolution des métiers. L'adéquation des personnes et de l'évolution des compétences doivent être un élément fort de la gestion des ressources humaines.

Enfin, l'analyse des risques professionnels, à travers le document unique, permet l'identification d'objectifs.

➤ Répartition hommes – femmes

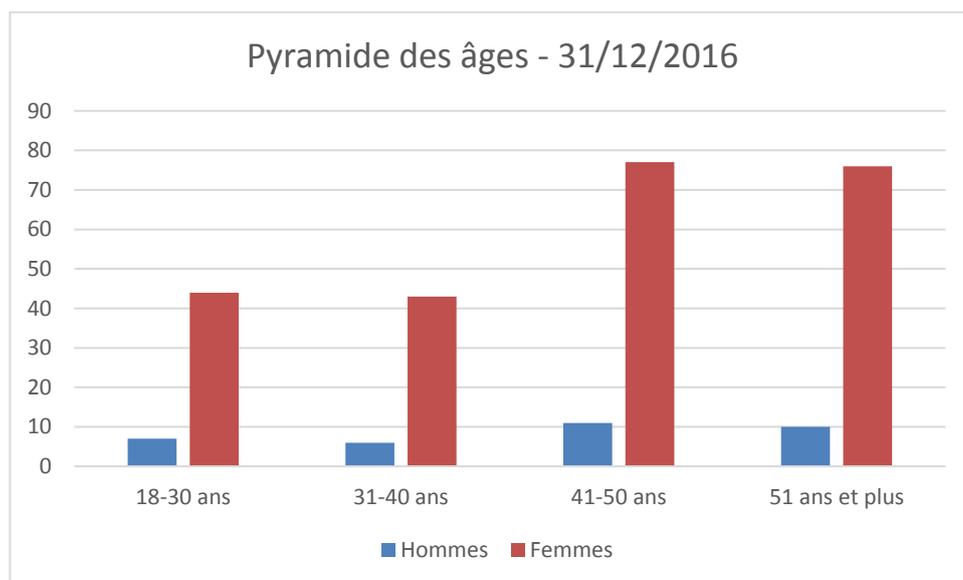
	Effectif au 31/12/2016	%
Femmes	240	87,60%
Hommes	34	12,40%
Total	274	100%

Selon les effectifs au 31/12/2016, les professionnels paramédicaux et médico-techniques représentent plus de 76% du personnel, composés à 95% de femmes.

Les 24% restant sont constitués à 72% de personnels des services techniques et logistiques, avec une répartition hommes-femmes quasiment équilibrée.

Les agents des services administratifs représentent 6,64% du volume des effectifs.

➤ Pyramide des âges du personnel



SOURCE : LOGICIEL AGFA

L'âge moyen du personnel non médical en 2016 est de 43,20 ans, ce qui représente quasiment un an de plus par rapport à 2015. Il recouvre des écarts significatifs selon les différents métiers de l'hôpital.

Le personnel soignant de l'établissement a en moyenne 42,13 ans.

Le personnel technique et ouvrier est en moyenne âgé de 46,60 ans et le personnel administratif, de 47 ans.

➤ Taux d'absentéisme

SOURCE : SERVICE RH HOPITAL D'EVRON

L'absentéisme est une donnée importante à triple titre :

- il peut être le révélateur de difficultés rencontrées par des agents ;
- il a un impact économique important ;
- il peut auto-générer un absentéisme encore plus important.

	Taux d'absentéisme (%)	ETP Moyen
2014	7,22	249,55
2015	5,26	251,85
2016	7,63	255,55

Motifs d'absentéisme	Nb de jours		
	2014	2015	2016
AT - accident de travail	509	337	867
MO - maladie ordinaire	2887	2168	3054
MP- maladie professionnelle	1187	404	1497
CLM - congé longue maladie	740	564	601
CLD - congé longue durée	733	722	840
M - maternité	522	644	276
TOTAUX	6578	4839	7135

Après une diminution du nombre de jours d'absence en 2015, l'absentéisme à l'hôpital d'Evron a augmenté de près de 50%, en 2016 (hypothèse due aux réorganisations de travail, à l'augmentation de la charge de travail, à la fatigabilité des agents dont la moyenne d'âge est élevée...).

Les jours pour maladie ordinaire ont augmenté de 41%, sans qu'il n'y ait de lien avec la maternité, puisque dans le même temps le nombre de jours de congés pour maternité a baissé.

Les absences pour maladies professionnelles et accidents de travail ont, quant à eux, fortement augmenté par rapport à 2015, avec des hausses respectives de 271% et de 157%.

Le CHSCT étudie régulièrement les causes des accidents de travail et des maladies professionnelles pour mettre en place ou réajuster les mesures de prévention ou de protection.

6.3. Modalités d'évaluation des professionnels

Des entretiens annuels individuels sont planifiés pour tous les agents de l'établissement. Les feuilles de notation sont remises auprès des cadres de santé et responsables de service au début du mois de juillet, chaque année. Sont accompagnées à celles-ci, le Protocole d'Accord pour la notation du personnel d'Evron, le Guide de préparation à l'entretien annuel d'évaluation, ainsi que le compte-rendu d'entretien annuel avec sa matrice d'appréciation pour permettre de mener à bien cet entretien. Lors des évaluations, il est évoqué le bilan de l'année, les réussites, les difficultés rencontrées au cours de l'année, les souhaits de formation et les objectifs pour l'année suivante.

Les fiches de notation sont à retourner auprès du supérieur hiérarchique, puis la direction et enfin le service RH pour validation des notes sur le logiciel (qui permettra de calculer la prime).

Pour les contractuels permanents, la procédure est la même, sans la feuille de notation.

Pour les agents contractuels remplaçants, un entretien est effectué avec le responsable du service à la fin de chaque contrat pour échanger et effectuer un bilan de la période en poste. Cet entretien permet d'évaluer la motivation et les compétences de l'agent, dans la perspective d'un nouveau contrat de remplacement et permettre une fidélisation, pour certains.

D'autre part, des entretiens ponctuels restent possibles sur demande des agents, du cadre de proximité ou de la direction.

6.4. Développement des compétences

➤ Formations

Nb Journées de formation	2014	2015	2016
Personnel soignant	1350	1417	1389
Personnel administratif	60,5	59,5	100
Personnel logistique	64,5	86	102,5
Total des journées de formation	1475	1562,50	1591,5

SOURCE : SERVICE RH HOPITAL D'EVRON

➤ Promotions professionnelles (nombre d'agents diplômés)

	2014	2015	2016
Infirmier DE	1		2
Aide-soignant DE		2	2
Aide médico-psychologique	1		1
Cadre de santé			1
Total des agents formés	2	2	6

SOURCE : SERVICE RH HOPITAL D'EVRON

Le plan de formation est défini par la commission de formation, en fin d'année, pour planifier les actions de l'année suivante.

Outre les formations obligatoires telles que les gestes et soins d'urgences, la prévention et lutte contre l'incendie ou encore les habilitations spécifiques, ce plan de formation est établi en cohérence avec les orientations suivies par l'établissement :

- Développement des connaissances et maintien des compétences pour la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées
- Maintien de la qualité des prestations logistiques
- Déploiement de la culture des professionnels sur la sécurité des soins

Toutes les formations rentrent dans le cadre du DPC, pour les catégories d'agents qui en relèvent.

6.5. Intégration des nouveaux professionnels

Le contrat d'embauche des nouveaux professionnels est d'un mois, dans un premier temps. Un entretien est effectué avec la cadre du service au bout de 3 semaines pour recueillir le ressenti de l'agent à sa prise de poste et établir une relation de confiance.

Pour faciliter l'intégration du nouvel agent, un agent du service est prévu pour travailler en doublon sur une à deux journées.

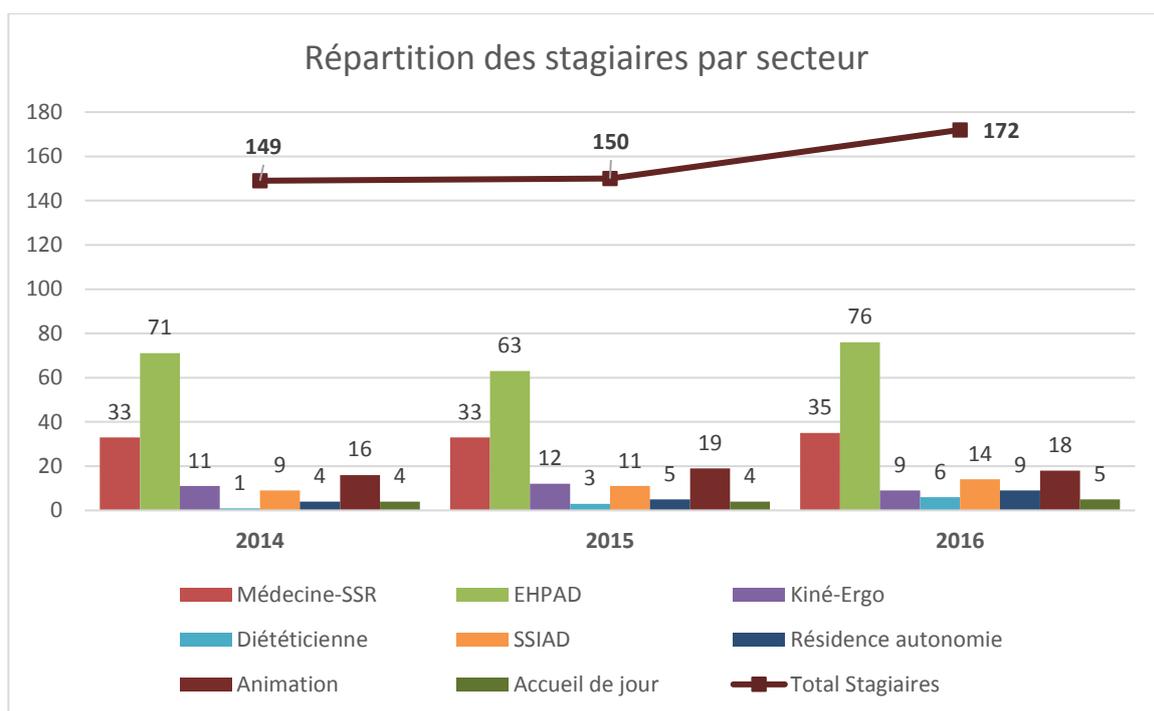
Parallèlement, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau professionnel, pour notamment communiquer sur le fonctionnement de l'hôpital public et le règlement intérieur de l'établissement.

6.6. Dialogue social

Le dialogue social est facilité par des rencontres ponctuelles à différents moments :

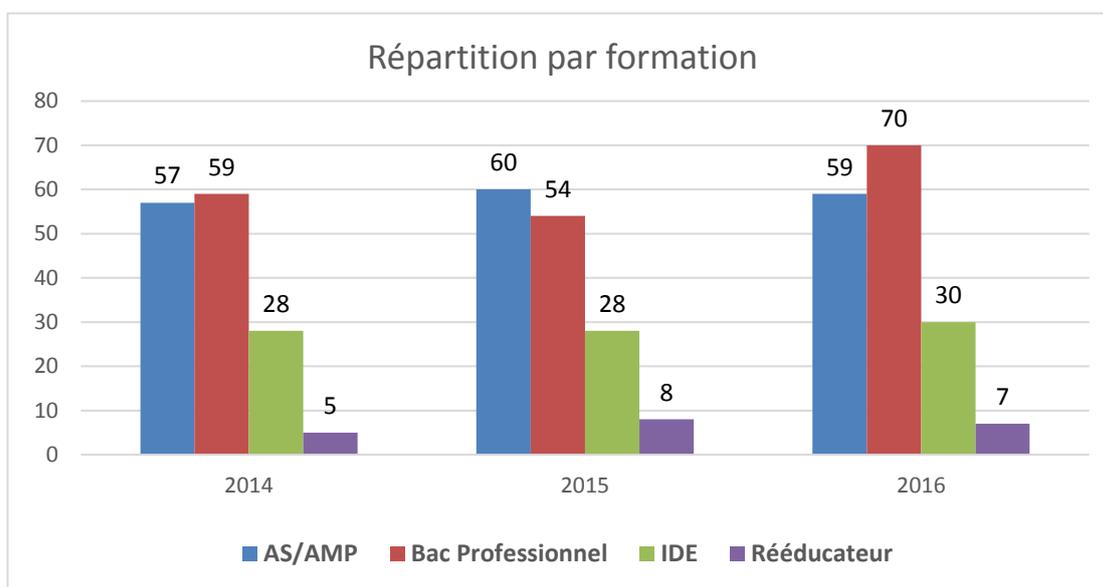
- dans le cadre des instances (CTE, CHSCT...)
- lors de rencontres mensuelles entre la direction avec les représentants syndicaux.
- lors de réunions ponctuelles avec la direction, l'encadrement, les représentants du personnel et les agents, selon les besoins ou les projets mis en œuvre au sein de l'établissement

6.7. Encadrement et formation des stagiaires



SOURCE : SECRETARIAT MEDICAL EHPAD LE BOIS JOLI

Les stagiaires sont accueillis dans tous les secteurs paramédicaux. Leur nombre tend à s'accroître sur les 3 dernières années.



SOURCE : SECRETARIAT MEDICAL EHPAD LE BOIS JOLI

Les élèves IDE et AS/AMP représentent en moyenne 56% des stagiaires accueillis dans l'établissement. Le nombre de formations « bac professionnel » a augmenté en 2016 (+30% par rapport à 2015).

Il existe un travail important de collaboration entre l'hôpital d'Evron et les structures de formation du territoire : stages de formation, ateliers pédagogiques avec différents services (soins, animation...).

Concernant l'encadrement des stagiaires, des formations au tutorat sont proposées par l'établissement afin que les professionnels puissent assurer cette fonction pour chaque étudiant. L'établissement travaille également en commun avec les formateurs des structures pour élaborer les mises en situation.

6.8. Orientations du projet social

Le projet social 2016-2020 vise à identifier des objectifs forts d'amélioration, déclinés en objectifs opérationnels. Il établit les moyens et le calendrier pour la mise en œuvre des actions, ainsi que les indicateurs d'évaluation :

OBJECTIF N° 1 : Valoriser le positionnement et la reconnaissance professionnelle

OBJECTIF N°2 : Prévenir les troubles musculo-squelettiques

OBJECTIF N°3 : Maintenir les agents dans l'emploi

OBJECTIF N°4 : Accompagner le changement

➤ **Objectif n°1 : Valoriser le positionnement et la reconnaissance professionnelle**

Le mal-être au travail est générateur d'absentéisme et/ou de démobilitation. Pour remédier à ce constat, l'établissement s'oriente vers une organisation qui souhaite obtenir de ses agents un niveau de performance au travail et une fidélisation. De fait, elle doit veiller d'abord à ce qu'ils soient reconnus dans leurs compétences, acteurs dans leur travail, donc autonomes.

Ce critère d'autonomie au sens large inclut également la participation aux décisions, ainsi que l'utilisation et le développement des compétences.

Il s'agit donc de permettre à chacun de se développer au travail et d'y prendre du plaisir.

(Annexe à l'instruction DGOS/RH3 du 31 juillet 2012 - Définition des risques psychosociaux).

Action n°1.1 : Mettre en place des réunions de service pour privilégier le dialogue et la communication

L'ensemble des services de l'hôpital veille à organiser de façon régulière des réunions de service, où l'information circulera. Elles permettent à chacun d'être informé sur :

- les évolutions de l'institution
- les évolutions du service

Elles permettent à chacun de faire connaître son avis sur les dossiers en cours.

Action n°1.2 : Poursuivre l'adaptation de la promotion professionnelle à la GPMC

La politique de formation de l'hôpital intègre la promotion professionnelle dans son plan de formation pluriannuel, telles que les formations d'infirmière, d'aide-soignante, d'aide médico-psychologique et de cadre de santé.

Elle apporte une réponse aux besoins d'évolution professionnelle des agents et développe les compétences.

Action n°1.3 : Améliorer l'intégration des nouveaux professionnels

Une réflexion sur la mise en place d'une formation « immersion » est à prévoir pour les nouveaux arrivants, afin de les sensibiliser aux domaines de l'hygiène, la démarche qualité, la manutention des personnes et l'incendie.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Déployer les réunions de service dans tous les secteurs, pour privilégier le dialogue et la communication
- Poursuivre l'adaptation de la promotion professionnelle à la GPMC
- Améliorer l'intégration des nouveaux professionnels

➤ **Objectif n°2 : Prévenir les troubles musculo-squelettiques (TMS)**

La prévalence des TMS dans les arrêts de travail (en augmentation constante depuis 2011, selon le rapport de la médecine du travail), ainsi que les risques professionnels décrits dans le document unique, démontrent l'importance d'une politique volontariste en ce domaine.

Cet état de fait a prévalu à la signature d'un Contrat Local d'Amélioration de Travail (CLACT), validé par les autorités de tutelles dont l'objectif est de développer la prévention.

Action n°2.1 : Poursuivre la formation des professionnels sur la manutention des personnes et des charges lourdes

Suite à un audit réalisé dans chaque service sur les pratiques professionnelles et les matériels utilisés, une formation sur la manutention des personnes est mise en œuvre alliant théorie et mise en pratique auprès des professionnels de santé.

La formation sur la manutention des charges lourdes est essentiellement destinée aux personnels sur des postes techniques et logistiques. Elle sera renouvelée dans le plan de formation, ainsi que des sessions de recyclage, afin que tous les agents soient sensibilisés aux bonnes postures.

Action n°2.2 : Poursuivre les opérations de travaux et l'acquisition de matériels permettant la prévention des TMS

L'aménagement des locaux et les équipements utilisés dans la sphère de l'exercice professionnel ont des conséquences certaines sur l'apparition des TMS. Le bon geste ne peut s'effectuer que sur le bon matériel. L'ergonomie s'inscrit dans la continuité de l'axe n°3.

Les équipements et le matériel adaptés sont identifiés dans le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP). Ce dernier fait l'objet d'un plan d'actions qui est intégré au programme d'investissement.

Les moyens de mise en œuvre :

- Les formatrices à la manutention des personnes :

Une formatrice à la manutention des personnes est identifiée en interne pour effectuer, tous les ans, des formations de base et de recyclage auprès du personnel soignant. Une seconde personne a été formée en 2015.

- Le CHSCT et la médecine du travail :

Compétents en la matière, ils évalueront régulièrement la politique de prévention des TMS de l'établissement, en termes de matériel et de formation.

.Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Assurer la formation des professionnels sur la manutention des personnes et des charges lourdes.
- Poursuivre les opérations de travaux et l'acquisition de matériels permettant la prévention des TMS.
- Améliorer l'analyse des signalements d'événements indésirables, concernant les accidents de travail.
- Envisager l'intégration d'un ergonome dans la politique de prévention des risques professionnels

➤ **Objectif n°3 : Maintenir les agents dans l'emploi**

L'existence de pathologies générant des inaptitudes partielles ou totales et l'allongement du temps de travail sont autant de risques générant des difficultés pour exercer les fonctions.

Ces difficultés entraînent les situations suivantes :

- arrêts maladies liés aux accidents de travail et aux maladies professionnelles,
- difficultés organisationnelles dans les services pour intégrer des agents en restriction de capacité,
- difficulté de réintégrer un poste de travail après un arrêt long.

Des dispositifs peuvent être créés pour répondre aux besoins des agents en difficulté, ainsi que réévaluer la situation de ces agents pour les réintégrer dans leur fonction.

Action n°3.1 : Identifier des postes et/ou tâches pouvant être confiés aux agents présentant des restrictions

Il s'agit pour l'hôpital de mettre en adéquation les aptitudes résiduelles et les postes de travail. Cet axe de travail concerne les agents pour lesquels :

- une inaptitude à la fiche de poste est prononcée,
- la recherche d'un poste aménagé est demandée.

Les postes de l'établissement pouvant permettre des allègements de contraintes pour une même fonction, qu'ils soient d'ordre physique, physiologique ou psychologique, doivent faire l'objet d'un recensement et être validés institutionnellement.

Ces postes identifiés ne pourront être proposés aux agents que sur un temps non pérenne.

Action n°3.2 : Assurer le suivi des agents présentant des inaptitudes

Une cellule de maintien dans l'emploi sera créée, à laquelle participeront la direction, le médecin du travail, la responsable des ressources humaines, la cadre supérieure de santé, ainsi qu'un membre du CHSCT.

Elle aura pour missions :

- d'étudier les difficultés rencontrées par les agents (avec ou sans restriction)
- de proposer des solutions adaptées (fiches de poste)
- de réaliser le suivi des propositions
- de réévaluer la situation des agents en matière d'adaptation au poste

Toutefois, tous les postes ne peuvent être adaptés. L'offre ne peut être que limitée. Pour répondre à ces actions, la prise en compte de la décision médicale quant au poste adapté et les contraintes générées auprès de l'équipe est un obstacle important à la résolution de cette problématique de plus en plus prégnante.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Créer une cellule de maintien dans l'emploi.
- Identifier des postes et /ou tâches pouvant être confiés aux agents présentant des restrictions.
- Evaluer la prise de poste des agents présentant des inaptitudes (entretien avec le cadre de santé).

➤ Objectif n°4 - Accompagner le changement

Action n°4.1 : Accompagner la mobilité interne

La mobilité est un facteur de questionnement professionnel. Elle évite la routine.

La mobilité permet :

- d'améliorer la connaissance par les agents de tous les secteurs de l'établissement.
- d'améliorer les capacités d'adaptation.
- de créer une dynamique d'équipe, par la présence des différentes expériences...
- d'éviter l'usure professionnelle.

Un changement est toujours mieux vécu quand il est organisé et prévenu, plutôt que de le subir lorsque le besoin se présente.

Les changements de service sont fortement souhaitables ; ce caractère incitatif est cependant couplé à la possibilité pour les agents d'exprimer leur souhait.

Par ailleurs, les stages de comparaison proposés par l'établissement sont un élément moteur pour accompagner le changement.

Action n°4.2 : Intégrer le GHT

La gestion des RH sera une fonction mutualisée du GHT et l'institution se devra d'accompagner les personnels dans les changements d'organisation.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Accompagner la mobilité interne.
- Intégrer le GHT.

➤ Conclusion

Pour répondre aux axes de travail de ce projet social, il est essentiel que la pérennité des effectifs de l'établissement soit maintenue et assurée, ainsi que son financement.

Le projet social défini pour 2017-2021 n'intègre pas les modalités prévues par le Groupement Hospitalier de Territoire et pourra être modifié en conséquence.

A blue rounded rectangular graphic with a white outline, positioned horizontally in the center of the page. The text is centered within this graphic.

7 - LE PROJET LOGISTIQUE

7. Le projet logistique

Les différents services assurant des prestations logistiques sont composés pour l'essentiel par :

- Le service restauration.
- Le service blanchisserie.
- Les services techniques.
- Les autres services hôteliers.

Le projet logistique et hôtelier de l'hôpital définit les orientations de l'établissement dans le but d'améliorer les prestations au cours de la prise en charge des usagers et vis-à-vis des services utilisateurs.

7.1. Le service restauration

La cuisine est réalisée sur place à destination d'une clientèle majoritaire de personnes âgées présentes au long cours.

Ce service dispose de 16,80 ETP pour assurer l'ensemble des prestations liées à la restauration, à savoir :

- Restauration (12,40 ETP)
- Fabrication pour le portage repas (1,2 ETP)
- Laverie Vaisselle centrale (2,6 ETP)

L'ensemble du personnel est formé à la méthode H.A.C.C.P. Des contrôles bactériologiques périodiques sont effectués.

Les services vétérinaires procèdent régulièrement à des visites inopinées qui font l'objet de rapports écrits dont les observations sont prises en comptes afin d'assurer de manière optimale la sécurité alimentaire dans l'établissement.

L'achat de produit locaux et labellisés est privilégié pour les produits frais et notamment les viandes, dont les fournisseurs se situent dans un rayon de 80 km.

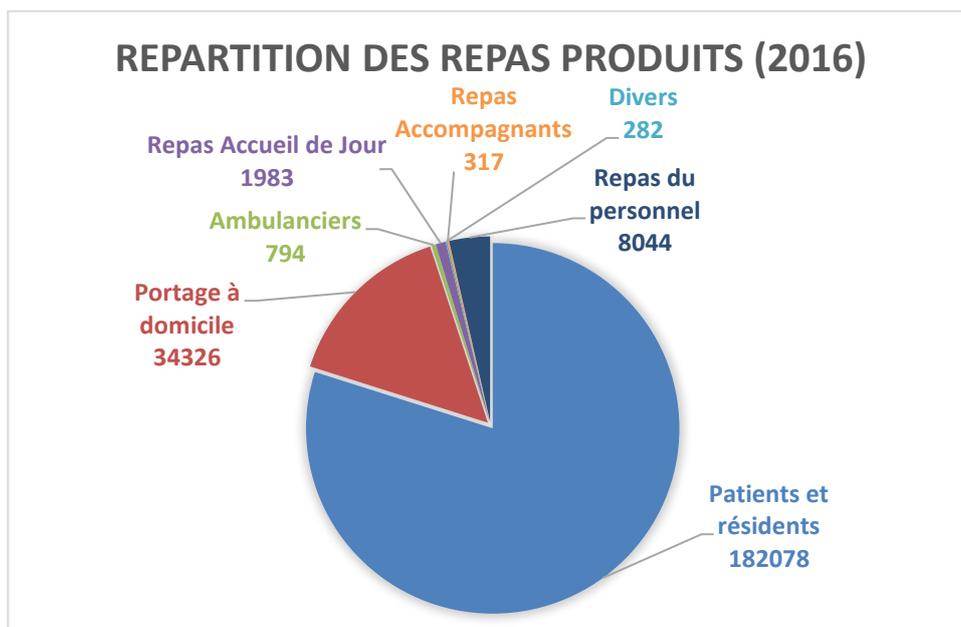
La cuisine fonctionne sur un système en liaison froide avec remise en température des chariots dans le service cuisine avant transfert vers les services de soins et d'hébergement.

Des repas spécifiques sont organisés pour certaines occasions (fêtes de fin d'année, goûters d'anniversaire, repas des familles...)

Les familles ont la possibilité de manger avec leurs parents.

L'établissement assure les repas pour le service de portage de repas à domicile du secteur (convention avec l'ADMR).

La production annuelle de repas est d'environ 228 000 repas (déjeuners + dîners). Elle se décompose comme suit :



SOURCE : SERVICES ECONOMIQUES HOPITAL D'EVRON

La production est en légère diminution par rapport à 2015 (-0,4%), dû à une baisse des repas du portage à domicile (-4%) et des repas du personnel (-2%). Cette diminution est notamment compensée par une augmentation significative du nombre de repas pour l'accueil de jour de près de 24%, par rapport à 2015, du fait de l'ouverture un jour de plus en semaine. Pour les autres repas servis la tendance est relativement stable d'une année à l'autre.

Un plan alimentaire est mis en place avec la diététicienne, un Comité de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN) et une commission des menus avec participation des usagers sont en place. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées régulièrement auprès des patients et des résidents. L'objectif de cette organisation est de tendre vers une amélioration continue de la qualité de la prestation restauration.

Des visites de la cuisine sont effectuées en collaboration avec le service animation pour les résidents de l'EHPAD et de la résidence autonomie qui le souhaitent.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Réactualiser le Plan de Maîtrise Sanitaire (PMS).
- Sensibiliser les agents chargés du service des repas, sur les risques alimentaires (relevé des températures, surveillance des péremptions...).
- Envisager la rénovation du local de la légumerie.
- Développer l'offre des entrées mixées.
- Poursuivre la collaboration avec l'équipe d'animation et la diététicienne pour proposer des repas thérapeutiques.

7.2. Le service blanchisserie

La blanchisserie assure l'entretien du linge de l'établissement (draps, alèses, chemises ouvertes, gants et serviettes de toilettes, torchons...).

Ce service assure également l'entretien des tenues professionnelles du personnel et gère les chaussures de sécurité des services concernés.

Il entretient le linge personnel des résidents de l'EHPAD et de la résidence autonomie qui le demandent.

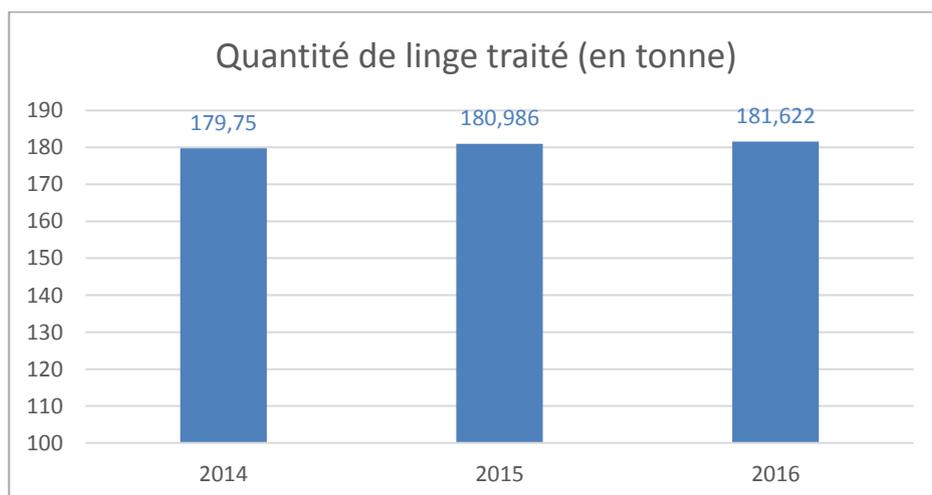
L'établissement n'a pas recours à des prestataires extérieurs pour réaliser ces prestations.

Ce service compte 6,5 ETP agents pour assurer l'ensemble des activités liées à l'entretien du linge, à savoir :

- Buanderie (5,5 ETP)
- Lingerie (1 ETP)

Ce service s'est engagé dans une démarche qualité ; une partie du personnel est formé à la méthode R.A.B.C. (analyse et maîtrise du risque de bio-contamination) et la plupart des agents ont participé à des formations spécifiques de buandier. Ce service distingue un secteur sale et un secteur propre avec le respect de la marche en avant. Des contrôles bactériologiques périodiques sont effectués en blanchisserie et dans les services de soins. Ces dispositions participent à la prévention des infections nosocomiales.

Concernant le linge personnel des résidents, les agents de la blanchisserie se chargent de la distribution en chambre du linge propre. Un inventaire du trousseau est effectué à chaque arrivée d'un résident, afin d'en tracer le contenu et de vérifier le marquage des vêtements.



SOURCE : SERVICE BLANCHISSERIE HOPITAL D'EVRON

Le tonnage annuel du linge traité est aux alentours de 180 tonnes.

En juin 2014, L'établissement a modifié sa convention avec l'EHPAD de Sainte Suzanne pour entretenir l'ensemble du linge de l'établissement (articles de ménage, tenues professionnelles...). La fermeture de l'EHPAD de Sainte Suzanne courant 2016 entraîne de fait la fin de la convention avec la blanchisserie.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Sensibiliser les référents linge sur leurs missions et leur rôle d'interlocuteur entre le service et la blanchisserie.
- Réactualiser les protocoles de pratiques du tri du linge sale à la distribution du linge propre.
- Organiser une enquête de satisfaction sur la gestion du linge, auprès des résidents de l'EHPAD et des familles.

7.3. Les services techniques

Ce service se décompose ainsi :

- Services techniques (6 ETP agents)
- Cours et pelouses (1,8 ETP agents)
- Service transports (2,46 ETP agents).

L'établissement n'a pas recours à des prestataires extérieurs pour réaliser certaines prestations.

Les services techniques sont composés d'un responsable et de 5 professionnels avec des compétences spécifiques : électricité, plomberie, peinture. Tous les professionnels de ce service sont toutefois polyvalents et interviennent avec les habilitations spécifiques nécessaires.

Ils ont en charge les activités suivantes : maintenance préventive et curative, sécurité incendie, prévention et lutte contre la légionellose, suivi des contrôles externes obligatoires, ...

L'établissement dispose d'équipements spécifiques nécessitant un suivi particulier de la part de ces services (chaufferies, groupe électrogène, centrale de détection incendie, ascenseurs ...)

Pour garantir la sécurité et la qualité des infrastructures, ce service assure une astreinte de nuit et de week-end, toute l'année.

Le service Cours et pelouses assure l'entretien des espaces verts de l'établissement dont la surface peut être évaluée approximativement à 4 Ha, avec un parc composé d'arbres centenaires.

Ce service assure également le fleurissement des parterres et massifs ainsi que la production de fleurs pour la décoration interne des services de l'établissement. Pour réaliser ce travail, il dispose de serres (300 m² environ) et d'un tunnel (100m²).

Ce service participe activement à maintenir un cadre de vie agréable et plaisant aux résidents.

Il est également sollicité pour l'aménagement d'espaces destinés à des activités spécifiques pour les résidents dans le cadre de projets institutionnels (jardins thérapeutiques...).

Le service Transports assure de multiples prestations transversales comprenant notamment :

- Le transport des bénéficiaires de l'accueil de jour,
- Le transport des analyses de laboratoire,
- Le transport des chariots repas vers certains services de soins et d'hébergement,
- Le transport de l'ensemble des chariots linge propre et sale,
- La collecte des déchets dans les services de soins et notamment les déchets à risques acheminés dans un local spécifique.

Ce service a aussi en charge la gestion et le suivi de l'entretien du parc automobiles de l'établissement.

La sécurité incendie est à la charge du responsable des services techniques.

La structure dispose en interne d'un agent titulaire du SSIAP 2 qui assure les formations pour l'ensemble du personnel. Par ailleurs, l'équipe est dotée de 2 agents SSIAP 1.

Le contrôle des équipements de détection et de lutte contre l'incendie est effectué par un prestataire externe, tous les ans (extincteurs, Système de Sécurité Incendie, détecteurs, désenfumage...).

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

Sécurité des biens et des personnes :

- Remplacer le système anti-errance.
- Poursuivre la mise en sécurité des ascenseurs.
- Poursuivre le démantèlement des détecteurs incendie ioniques.
- Assurer la formation incendie tous les ans pour le personnel.
- Poursuivre la mise en place des recommandations du diagnostic « accessibilité ».

Gestion des infrastructures et des équipements :

- Poursuivre le suivi des travaux d'amélioration de l'habitat dans l'ensemble des services de l'EHPAD.
- Etablir le plan de maintenance des équipements de l'établissement.
- Poursuivre le changement des réseaux dans le cadre de la lutte contre la légionellose.
- Assurer la réfection des chambres des services Chênes et Erables (Certification HAS).
- Assurer la réfection progressive des sols de l'établissement.
- Réaliser des travaux extérieurs de maintenance du patrimoine.
- Mettre en sécurité des infrastructures dans le cadre du plan Vigipirate.

7.4. Les autres services hôteliers

Ces services se déclinent ainsi :

- Service ménage (5,04 ETP agents)
- Magasin (1,5 ETP agents)

L'établissement n'a pas recours à des prestataires extérieurs pour réaliser ces prestations, sauf pour l'entretien d'une partie des vitrages qui nécessite des équipements spécifiques dont l'établissement ne dispose pas et permettant d'intervenir en toute sécurité principalement pour le vitrage hors hauteur d'homme.

Le service ménage est chargé de l'entretien ménager d'une multitude de locaux communs ou spécifiques : hall d'accueil, services administratifs, salle à manger du personnel, maison médicale de garde, SSIAD, galeries de liaisons entre services de soins, couloirs des services de soins, salles de rééducation...

Les surfaces de sols à entretenir avoisinent les 6 000 m².

Ce service concourt à garantir l'hygiène et la propreté des locaux. A ce titre il participe directement à la lutte contre les infections nosocomiales. Des protocoles ont été mis en place avec l'infirmière hygiéniste de l'établissement et un matériel adapté est à disposition de l'équipe (chariot de ménage, articles de ménage, auto-laveuse, balais à manche télescopique, ...).

Les agents du service transport assurent également le décapage des sols des chambres et du nettoyage renforcé des salles à manger des services.

L'ensemble de ce personnel reçoit des formations spécifiques à l'utilisation et à l'entretien des équipements, ainsi qu'à l'hygiène.

Les actions et les procédures à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'E.O.H. et le C.L.I.N.

Le service magasin assure les commandes, réceptions, livraisons et sorties d'un bon nombre de fournitures suivies en stocks vers l'ensemble des services de l'établissement, en dehors des articles de pharmacie et produits frais des cuisines (entre 600 et 700 articles en stock).

Ce service est informatisé et se situe dans les sous-sols de l'établissement sur une surface de 420 m² avec des locaux distincts, suivant les marchandises stockées.

Ce service procède également à l'identification, lors des livraisons, du matériel ou des équipements qui figureront à l'actif de l'établissement.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Uniformiser les produits de nettoyage sur l'ensemble de l'établissement, en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène, et envisager d'équiper les services avec des centrales de dilution.
- Mettre à jour l'ensemble des protocoles d'entretien des locaux.
- Organiser la formation des agents sur les bonnes pratiques d'utilisation des produits de nettoyage.



8 - LE PROJET DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

8. Le projet du Système d'Information Hospitalier

8.1. Contexte propre à l'établissement lié au système d'information

L'hôpital d'Evron est équipé d'un système informatique déployé dans tous les services opérationnels.

Indépendamment des besoins formulés par les utilisateurs, un certain nombre de facteurs seront à prendre en compte, parmi lesquels :

- Le pilotage et le suivi de l'activité (tarification à l'activité, IPAQSS...)
- L'utilisation sans cesse accrue de l'informatique qui impose la croissance des parcs de matériels et de logiciels,
- L'informatisation du dossier patient débutée en 2012,
- La maintenance des logiciels,
- Le suivi du site internet,
- Les exigences réglementaires,
- La communication ville-hôpital,
- Les renouvellements naturels du parc.
- L'intégration au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Mayenne et du Haut-Anjou

8.2. Organisation du système d'information

➤ La cellule informatique

La cellule informatique est composée d'un groupe de personnes bien défini, représentant l'ensemble des métiers de l'établissement.

Elle a pour but d'échanger sur les différents thèmes liés au système d'information.

Elle valide les orientations de l'établissement concernant les choix d'investissements, de fonctionnement et de mise en place des différents projets informatiques.

Elle se réunit 4 fois dans l'année.

➤ Le Comité de Sécurité du Système d'Information (CSSI)

Le CSSI est composé des mêmes membres que la cellule informatique, dont un professionnel nommé référent Sécurité du Système d'Information (rSSI). Ce comité valide les orientations de l'établissement en ce qui concerne la sécurité du système d'information et se réunit 4 fois par an.

8.3. Modalités de sécurisation du système d'information

L'objectif est de sécuriser au maximum le système d'information. Cette sécurité concerne l'ensemble des ressources, qu'elles soient matérielles, logicielles, informationnelles ou humaines.

L'établissement a établi une charte informatique définissant les usages du système d'information. Elle est mise à disposition des personnels sur intranet et diffusée avec le règlement intérieur, à chaque arrivée d'un nouvel agent.

De plus, des identifiants individuels et sécurisés sont créés pour chaque utilisateur du système et des outils permettant le filtrage et la sécurisation des accès externes sont mis en place.

Une solution de sauvegarde des données informatiques a été réalisée et est toujours en cours d'évolution en fonction des nouvelles fonctionnalités disponibles.

La politique de sécurité du système d'information est définie et diffusée à l'ensemble du personnel sur le site Intranet et via la gestion documentaire informatisée.

8.4. Communication et partage de l'information

Tous les postes informatiques, hors ceux dédiés au Dossier Patient Informatisé, bénéficient d'un accès Internet sécurisé (blocage des sites non autorisés).

L'intranet est accessible à tous les utilisateurs du réseau informatique. Les accès sur le portail sont différents et adaptés à chaque personne, selon sa fonction au sein de l'établissement.

Tout utilisateur dispose d'une messagerie interne afin de communiquer avec les agents de l'établissement et si besoin d'une adresse externe pour communiquer avec des correspondants extérieurs.

Les utilisateurs du Dossier Patient Informatisé utilisent la messagerie associée à cette application pour communiquer sur des informations liées à la prise en charge des patients.

Les projets qualité, la gestion des risques et la gestion documentaire sont également informatisés.

8.5. Système d'information médicale

Le recueil et l'anonymisation des données PMSI sont réalisés par l'établissement, pour les activités de Médecine et SSR.

L'établissement a signé une convention avec un prestataire externe qui assure les missions suivantes :

- analyse mensuelle des données avant transmission à l'ATIH,
- contrôle qualité une fois par an,
- assistance pour le codage...

8.6. Axes d'évolution

L'établissement a défini ses priorités d'actions au regard d'une analyse de pratiques effectuée en interne, lors de l'élaboration du Compte Qualité HAS, en tenant compte des résultats issus de la certification ainsi que des indicateurs du programme Hôpital Numérique.

1°) Contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de prise en soins des patients et résidents

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Poursuivre le suivi du dossier patient informatisé et la sécurisation du circuit du médicament.
- Mettre en place une messagerie sécurisée entre les professionnels de santé de l'établissement et les professionnels extérieurs.
- Mettre en place le Dossier Médical Partagé (DMP).

2°) Garantir la sécurité des données et la continuité de fonctionnement des applications

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- S'assurer de l'application des procédures de fonctionnement en mode dégradé du SI et de retour à la normale.

3°) Se préparer aux évolutions de l'architecture matérielle et logicielle

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Mettre en place le plan de renouvellement du parc informatique.
- Prévoir les mises à jour de logiciels impactées par les nouvelles réglementations.
- Organiser la dématérialisation des fonctions administratives.
- Intégrer le GHT.

4°) S'assurer que le système d'information reste adapté aux besoins des utilisateurs

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Organiser des enquêtes de satisfaction régulières auprès des utilisateurs.
- Planifier les formations des utilisateurs à l'utilisation des outils.



**9 - LE PROJET
QUALITE- GESTION
DES RISQUES**

9. Le projet Qualité - Gestion des risques

Dans le souci de préserver la confiance de l'ensemble des usagers et des partenaires de l'établissement, l'hôpital d'Evron s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'exigence légitime et grandissante d'information, de transparence et de participation des usagers, des patients, comme des résidents, constitue notamment l'origine des priorités de la politique qualité des établissements.

L'enjeu est de garantir, d'une part, des soins personnalisés aux besoins des patients et des résidents et, d'autre part, d'optimiser la sécurité des personnes et des biens.

En effet, l'hôpital génère des risques divers, ceux liés aux soins, mais aussi ceux liés aux activités logistiques et d'hôtellerie (cuisine, blanchisserie, ménage, maintenance...), ainsi qu'aux bâtiments, aux équipements, à l'environnement ou aux organisations de travail. Une mauvaise maîtrise de ces risques présente des effets négatifs, voire dommageables pour les patients ou les résidents, leurs proches, et pour les professionnels. Le coût de la non-qualité est également pris en considération, dans un contexte de ressources rares.

Ainsi, la définition des objectifs prioritaires d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins implique la participation pluridisciplinaire et transversale des différents acteurs, professionnels de tous les secteurs d'activité, et des partenaires, mais également la participation des usagers, par l'intermédiaire de la Commission Des Usagers (CDU) et du Conseil de la Vie Sociale (CVS).

La démarche qualité et gestion des risques nécessite un engagement constant, collectif et individuel, et surtout des objectifs et des réalisations concrètes.

Dans l'établissement, cet engagement se traduit par la formalisation de :

- l'organigramme de l'établissement, identifiant un responsable qualité et gestion des risques
- la politique qualité et gestion de l'établissement
- un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)

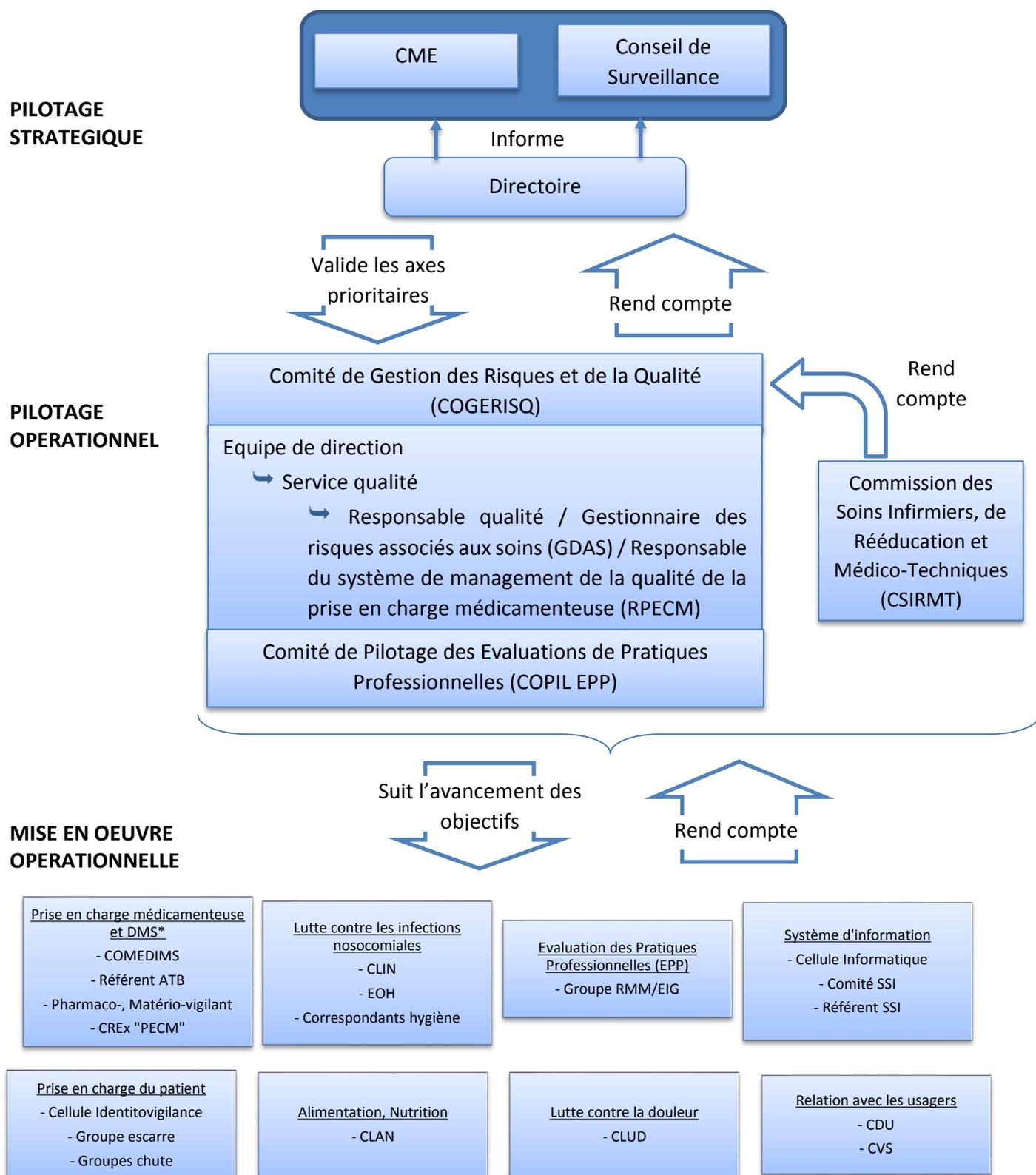
9.1. Organisation de la démarche Qualité-Gestion des risques

Le déploiement de la démarche qualité et gestion des risques répond aux attributions nouvellement définies par la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » et ses textes d'application. Le Code de la Santé Publique définit tout d'abord les acteurs dans ce domaine. Il s'agit du Directeur, Président du Directoire et du Président de la CME.

Il prévoit en effet que désormais, « après concertation avec le directoire, le directeur décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » (article L.6143-7 du CSP).

Le Code de la Santé Publique précise l'importance du rôle de la Commission Médicale d'Établissement (CME) en instituant que « dans chaque établissement de santé, la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins » ainsi que des « conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » ; elle propose au directeur un programme d'actions « assorti d'indicateurs de suivi ». Ce programme doit en outre prendre en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des Usagers.

Le dispositif de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'hôpital d'Evron peut être représenté par le schéma suivant :



* DMS : Dispositifs Médicaux Stériles

A l'hôpital d'Evron, le pilotage stratégique par les instances, à savoir le Directoire, la CME et le Conseil de surveillance, consiste à valider les orientations de la démarche qualité et gestion des risques.

La démarche d'amélioration continue de la qualité, de l'évaluation et de la gestion des risques de l'hôpital d'Evron est supervisée et coordonnée par le Comité de Gestion des Risques et de la Qualité (COGERISQ). Le pilotage opérationnel est organisé de façon à coordonner la démarche qualité et gestion des risques, depuis l'élaboration du programme d'actions jusqu'au suivi de leur mise en œuvre, en passant par l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

La mise en œuvre opérationnelle est assurée par des commissions spécifiques et groupes de travail pérennes. Dans le cadre des compétences qui leurs sont confiées, ils élaborent un programme d'actions, formulent des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, et participent aux EPP.

Toutes les actions menées sur la qualité et la gestion des risques sont réalisées en lien étroit avec les autres instances et commissions de l'hôpital (CTE, CHSCT, commission de formation).

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Poursuivre le déploiement de la démarche qualité et gestion des risques, selon les attributions définies par le Code de la Santé Publique.

9.2. Modalités d'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques

Depuis juillet 2016, l'hôpital d'Evron est certifié par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec une recommandation d'amélioration. Le secteur sanitaire assure le suivi de ses actions d'amélioration et en informe la HAS, par l'intermédiaire du Compte Qualité, outil de la certification v2014.

Parallèlement, les services médico-sociaux de l'établissement ont procédé à leurs démarches d'évaluation selon les modalités prévues par la loi HPST de juillet 2009. Après avoir transmis leurs rapports d'évaluation interne en décembre 2013 aux tutelles, la première visite d'évaluation externe s'est déroulée en décembre 2014, par un organisme agréé, selon le cahier des charges établi à l'occasion d'un groupement d'achat entre plusieurs établissements du département.

La certification de l'établissement comme les autres démarches de reconnaissance externe sont la valorisation, à un moment donné, de l'engagement de tous les professionnels dans la recherche d'une amélioration de la pratique et de la sécurité.

Evoluant au gré des résultats issus des diverses évaluations, la démarche qualité doit d'être aussi en cohérence avec les orientations stratégiques fixées par l'ARS et le Conseil Départemental, dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) du secteur sanitaire, et de la Convention Tripartite de l'EHPAD remplacée par un CPOM à partir de 2017 ; ceux-ci identifient des points que l'établissement doit traiter prioritairement.

Afin de mesurer objectivement le niveau de qualité atteint, l'établissement dispose d'un tableau de bord de pilotage intégrant des indicateurs qualité, parmi lesquels figurent :

- Les indicateurs nationaux réglementaires :
 - o le tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN 2, ICSHA 2, ICATB, ICA-BMR),
 - o les indicateurs IPAQSS dans le service SSR (Tenue du dossier patient, Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, Traçabilité de l'évaluation de la douleur, Dépistage des troubles nutritionnels, Traçabilité du risque d'escarre),
 - o les indicateurs Hôpital Numérique,
- Les indicateurs internes suivis dans le programme qualité, dont les résultats d'évaluation des pratiques professionnelles au sein de tous les services de l'établissement.

Intégrés dans la pratique managériale, ils sont également utilisés comme outil de dialogue entre l'établissement et les autorités de tutelle.

9.3. Politique de management de la qualité et de la gestion des risques

L'hôpital d'Evron a la volonté de répondre aux attentes des usagers en matière de qualité de la prise en charge et de renforcer sa maîtrise de l'ensemble des risques liés au fonctionnement de l'établissement.

Cette ambition est traduite dans une politique de management de la qualité et de la gestion des risques, identifiant les priorités sur lesquelles l'établissement doit porter ses efforts et définissant les niveaux de responsabilité.

Elle est déclinée dans le Programme d'Action Qualité et Sécurité des Soins pluriannuel (PAQSS). Piloté par le COGERISQ, il mentionne précisément les actions d'amélioration et l'organisation du pilotage nécessaire à la mise en œuvre de la politique.

Les axes prioritaires actuels à traiter sont les suivants :

Objectif n°1 – Ancrer la culture d'amélioration continue dans les pratiques professionnelles

Il s'agit de conférer à la qualité toute sa place et son importance managériale, de pérenniser la démarche en valorisant et en diffusant le travail réalisé par chaque professionnel, de développer le partage d'expérience et l'analyse des pratiques en interne, et de valoriser la qualité comme un élément du sentiment d'appartenance et de cohésion sociale.

L'amélioration effective de la qualité passe par un engagement pérenne, et donc par des modalités d'évaluation intégrées à l'exercice quotidien des équipes.

L'efficacité de la démarche qualité implique, en outre, une dynamique de communication et de formation. La visite de certification v2014 a mis en évidence le fait que les modalités d'élaboration et de suivi du programme qualité et gestion des risques ne sont pas connues des professionnels, autres que les responsables de service.

Il est donc nécessaire de mieux communiquer afin de garantir une meilleure diffusion et de valoriser les actions mises en œuvre.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Poursuivre l'utilisation des indicateurs pour le pilotage de la démarche d'amélioration continue
- Améliorer la communication interne du programme d'amélioration de la qualité (PAQSS) et le tableau de bord des indicateurs.
- Déployer le pilotage de processus auprès des pilotes de processus identifiés.
- Assurer la formation des professionnels sur la démarche qualité, en développant une approche sur l'évaluation des pratiques professionnelles
- Poursuivre l'implication des professionnels et des usagers dans les démarches de certification et d'évaluations sur le secteur médico-social.

Objectif n°2 – Approfondir la culture de sécurité

« Dépasser la culture de la faute pour développer une culture de la sécurité »

L'hôpital d'Evron a choisi de favoriser le développement d'une culture partagée de la sécurité et de maintenir ou restaurer une véritable relation de confiance entre l'utilisateur et le soignant. En effet, cette nouvelle approche définit chaque professionnel comme un acteur de la qualité et de la sécurité des soins, ce n'est pas l'affaire du seul gestionnaire de risques de l'établissement. Chaque professionnel doit participer au dispositif d'identification et respecter les procédures de maîtrise des risques.

Cet objectif vise à se dégager de la notion de faute pour développer la notion de sécurité et que la déclaration fasse partie du quotidien des professionnels. Afin de déployer une culture de l'apprentissage par l'erreur, une charte d'incitation au signalement a été validée par la direction et diffusée auprès des professionnels, en 2014.

Le maintien de la mobilisation des professionnels autour de l'enjeu des risques hospitaliers dépend d'une information et d'une communication efficaces autour des projets et des résultats et par un traitement optimal des déclarations.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Renouveler la sensibilisation du personnel à la déclaration des événements indésirables et vigilances.
- Développer les démarches d'analyse des risques a priori pour les processus principaux de l'établissement.
- Poursuivre les retours d'expérience suite aux déclarations d'événements indésirables liées à la prise en charge médicamenteuse.
- Assurer le suivi des plans d'actions établis suite aux analyses réalisées par le service qualité, le CHSCT, le CREx « Prise en charge médicamenteuse » et le groupe RMM.
- Assurer l'opérationnalité des plans de gestion de crise.

9.4. Conclusion

En conclusion, la démarche qualité et gestion des risques s'inscrit sur le long terme et nécessite l'implication de l'ensemble des professionnels.

La politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques sera revue annuellement afin d'intégrer tout élément susceptible de faire évoluer significativement ses orientations prioritaires, notamment avec la mise en place du projet Qualité et Gestion des risques défini pour le Groupement Hospitalier de Territoire de la Mayenne et du Haut-Anjou.



**10 - LE PROJET
DEVELOPPEMENT
DURABLE**

10. Le projet

Développement Durable

Selon la définition proposée en 1987 par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement, dans le Rapport Brundtland, le développement durable est :

« un développement qui répond aux besoins des générations du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. Deux concepts sont inhérents à cette notion : le concept de « besoins », et plus particulièrement des besoins essentiels des plus démunis à qui il convient d'accorder la plus grande priorité, et l'idée des limitations que l'état de nos techniques et de notre organisation sociale impose sur la capacité de l'environnement à répondre aux besoins actuels et à venir. »

Ainsi le développement durable repose sur 3 dimensions :

Environnementale : diagnostics énergétiques, économies d'énergie, économies d'eau, énergies renouvelables, tri des déchets, produits éco-labellisés...

Economique : réduction des consommations, pertinence des pratiques de soins, achats responsables et éco-responsables...

Sociale : formation professionnelle, sécurité et bien-être au travail, emploi et handicap, reconnaissance, fin de carrière...

Dans le prolongement de la démarche qualité, le développement durable dans le secteur hospitalier est inscrit dans la certification depuis la v2010, avec l'apparition d'un critère sur l'engagement de l'établissement dans le développement durable.

10.1. Historique de la démarche dans l'établissement

Plusieurs actions validées par la direction, en faveur du développement durable, ont été intégrées dans les pratiques, à l'initiative de certains responsables de service, tels que les achats de proximité pour les produits alimentaires frais et la collecte des déchets à risques infectieux mutualisées entre plusieurs établissements.

D'autres actions ont progressivement été mises en place ces dernières années :

Date	Faits marquants au sein de l'établissement
2008	Réalisation du Diagnostic Performance Energétique (DPE).
2009	Mise en place du tri sélectif des papiers de bureaux.
2010 - 2014	Remplacement des fenêtres et volets roulants pour une partie des bâtiments administratifs et dans les services Cèdres et Acacias.
2011	Lancement de la première enquête de satisfaction des professionnels sur la qualité de vie au travail.

Date	Faits marquants au sein de l'établissement
2014	Remplacement progressif des robinets mélangeurs par des robinets mitigeurs ou autres. Réalisation du bilan des gaz à effet de serre. Evaluation périodique de la quantité de restes alimentaires. Isolation des combles de l'établissement. Extension du service des Charmes (création, entre autres, d'une salle à manger).
2015	Raccordement de l'établissement à la chaufferie bois collective, pour le chauffage et la production d'eau chaude. Démarrage de la réhabilitation des services Cèdres et Acacias.
2015 - 2016	Dématérialisation des activités administratives (PSV2...) et mise en place de la signature électronique.
2016	Remplacement progressif des ampoules à incandescence par des éclairages plus économiques, dans les cabinets de toilette. Organisation de circuits courts pour l'approvisionnement du service restauration. Mise en place du tri des déchets de compost par le service de restauration. Intégration d'un axe « Développement Durable » dans le projet d'établissement 2013-2017. Fin des travaux de réhabilitation aux Cèdres et Acacias.
2017	Travaux de réhabilitation des services Frênes et Tilleuls.

Afin de marquer son engagement dans le développement durable, l'établissement a procédé à un premier bilan de l'existant en 2012, à l'aide de l'outil développé par le réseau AQUARES 49 « Indicateur Développement Durable Et v2010 » (IDDE v2010).

Depuis, des actions en faveur du développement durable se sont poursuivies et un second diagnostic a été réalisé en 2016. Il permet d'observer l'évolution des pratiques dans cette démarche et d'engager une nouvelle réflexion sur les axes de travail pour les 5 années à venir.

10.2. Analyse des besoins et objectifs de l'établissement

Pour l'HAS, l'objectif est d'intégrer les enjeux liés au développement durable dans :

- les valeurs, missions et activités d'établissement de santé ;
- la démarche d'amélioration continue de la qualité, dans une perspective de continuité et de durabilité ;
- la gestion des risques, elle-même élargie à la prise en compte des risques environnementaux.

Avec l'appui de l'IDDE v2010 (source : réseau AQUARES 49), l'hôpital d'Evron a pu mettre en avant les pratiques intégrées dans une démarche de développement durable en matière de :

- **gestion de l'aspect social** : Le service des ressources humaines met en œuvre une Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC). L'analyse des risques professionnels est réalisée en associant la médecine du travail et fait régulièrement l'objet d'une réflexion, lors du CHSCT.
- **restauration** : Les produits utilisés sont à 80% des produits locaux, français et, en ce qui concerne les viandes, labellisés. Les achats se font auprès de fournisseurs dans un rayon de 80 kms maximum.
- **gestion des déchets** : L'établissement a mis en place une convention avec le GREDA en 1995, pour le ramassage des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI). Le tri des ordures ménagères est organisé depuis plusieurs années avec l'installation sur site de collecteurs de cartons, plastiques et verre.
- **gestion de l'eau** : Des contrôles de la qualité sont mis en place à périodicité définie et un plan de maintenance préventif et curatif des installations est défini et intégré dans le carnet sanitaire de l'établissement.

Cet indicateur a ainsi amené l'établissement à définir des axes stratégiques de travail et d'engagement pour les 5 années à venir.

10.2.1. Le pilotage et la communication

- Le pilotage de la démarche

BUT : Définir des axes de travail et assurer le pilotage des actions autour du développement durable.

- La communication interne sur la démarche engagée

BUT : Favoriser l'engagement, la sensibilisation et la collaboration des professionnels (rendre les professionnels acteurs du développement durable).

- La communication auprès des usagers

BUT : Informer les usagers, les acteurs économiques, sociaux et culturels locaux de nos avancées en matière de développement durable.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Définir les responsabilités pour le suivi des actions liées au développement durable
- Réaliser des campagnes d'affichage et diffusion d'informations y compris sur le site Internet et dans le livret d'accueil du personnel
- Intégrer d'une information relative à la démarche dans les livrets d'accueil de l'établissement (Hôpital et EHPAD)

10.2.2. La qualité et la sécurité de l'environnement

- La gestion durable de l'énergie et la gestion responsable de l'eau

BUT : Assurer le suivi des installations et lutter contre les gaspillages.

- La gestion de l'air

BUT : Assurer une surveillance de la qualité de l'air.

- Les transports

BUT : Réduire les consommations d'énergie et adapter les solutions aux besoins de mobilité.

- Les bâtiments

BUT : Réduire la consommation d'énergie et apporter un confort d'hébergement et de travail.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Suivre les consommations d'électricité et d'eau
- Déployer les équipements économique en énergie et en eau (éclairage extérieur et intérieur, robinets mitigeurs...)
- Sensibiliser les professionnels aux éco-gestes par l'information sur les consommations
- Renouveler le bilan des Gaz à Effet de Serre
- Suivre les déplacements professionnels
- Intégrer la dimension environnementale dans le renouvellement du parc automobile
- Poursuivre l'isolation thermique des fenêtres

10.2.3. Les achats éco-responsables

BUT : Intégrer une clause sur le développement durable dans les marchés pour le choix des fournisseurs.

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Prendre en compte des principes applicables à un achat éco responsable dans la politique d'achat et de relations avec les fournisseurs, dans le cadre du Groupe Hospitalier de Territoire.

10.2.4. La qualité, la sécurité et la santé au travail

BUT : Améliorer en continu les conditions de travail.

Actions à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Réactualiser et suivre les actions du Document Unique d'Evaluation des Risque Professionnels.
- Suivre la satisfaction vis-à-vis de la qualité de vie au travail.

10.2.5. La qualité de prise en soins des patients.

BUT : Apporter au patient les compétences nécessaires pour pouvoir prendre en charge, de manière active, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les soignants.

Action à engager dans les 5 années du projet d'établissement :

- Développer les actions d'éducation thérapeutiques pour le patient.

10.3. Conclusion

La démarche développement durable doit s'inscrire dans le temps.

Pour y parvenir, notre démarche doit être collective et participative, intégrée au management stratégique de l'établissement, et évaluée régulièrement par des indicateurs.

11. Conclusion

Le projet d'établissement dont vous venez de prendre connaissance trace et affirme les valeurs d'un service public de qualité. Les axes de travail formalisés par les équipes pluridisciplinaires vont permettre de répondre à la législation et d'apporter le maximum de compétences auprès des hébergés.

Certains objectifs nécessitent des moyens (financiers, humains, logistiques) qui, pour être réalisés, devront être actés par nos services de tutelles.

Toutefois cette feuille de route ne restera pas figée pour 5 ans. Les événements actuels et à venir, vos exigences, le manque de moyens financiers et l'actualisation sans cesse grandissante des réglementations imposeront à l'établissement des choix qui se traduiront par l'abandon de certains objectifs, la création de nouveaux axes de travail, voire le fait de différer des objectifs sur un planning plus lointain.

Enfin, la création des Groupements Hospitaliers de Territoire aura forcément un impact à plus ou moins long terme sur le projet d'établissement que nous ne pouvons évaluer à ce jour.

En conclusion, cet écrit aura le bonheur de vous permettre de mieux nous connaître (actions, services, obligations).

Mais la connaissance et la reconnaissance de la qualité d'une institution se traduit le plus souvent par ce que l'on y vit et la réputation que vous lui en ferez.

Ce document ne doit en aucune manière vous empêcher de venir nous informer des dysfonctionnements, comme des satisfactions, que vous aurez rencontrés.

L'ensemble des équipes, comme la direction, seront toujours à votre écoute.

La directrice, Mme Dubois, remercie les participants à la rédaction de ce projet d'établissement :

Mme AUREAU - f.f. Cadre de santé
Mme BAL – Aide- soignante
M. BESNIER - Responsable Magasin
Mme BLANCHARD - Aide- soignante
M. BOISNARD - Informaticien (société externe)
Mme BOULANT - Infirmière
Mme BRETON - Aide- soignante
Dr CANCOUET - Médecin
Mme CHALAUX - Assistante Médico-Administrative
Mme CHERIET - Pharmacien
Mme CHEVASSUS - Responsable qualité
Mme COSSE - f.f. Cadre de santé
Mme DASSE-BESNIER - Infirmière
Mme DAUGEARD - Secrétaire de Direction et Référent Informatique
Mme DELHOMMEAU - Animatrice
M. FOUCAULT - Responsable Cuisine
Mme GOUPIL - Infirmière Coordinatrice
Mme HEMERY - Psychologue
Mme JUGE - Aide- soignante
Mme LABORNE - Animatrice
Mme LAUNAY - Animatrice
Dr LE ROY – Médecin
M. LEGENDRE - Chargé des finances
Mme LEGENDRE - Responsable Blanchisserie
Mme LETAVASIER – Adjoint administratif
Mme MARTINEAU – Adjoint administratif
Mme MONNIER – Infirmière
M. MORINEAU - Aide- soignant
Mme MULON – Adjoint administratif
Mme PINEAU - Diététicienne
M. PIQUET - Responsable Services techniques
Mme PRUD'HOMME - Cadre de santé
Mme RABINEAU – Psychologue
Mme REDON - Cadre Supérieur de Santé
Mme REMOND-COUSIN - Responsable Service RH et Service Clientèle
Mme RENARD - f.f. Cadre de santé
Mme RIVALAN - Infirmière
Mme SAUDUBRAY – Ergothérapeute
Mme SILLE – Adjoint administratif
Mme TROCHERIE - Assistante Médico-Administrative