

# Projet d'établissement

## Etablissement de santé Le Divit

### 2024 -2028



Forme juridique : Etablissement Sanitaire Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) et EHPAD

Adresse postale : 18 rue du Divit BP 61, 56270 PLOEMEUR

N° téléphone : 02 97 87 30 00 / mail : [contact.ledivit@ajl.asso.fr](mailto:contact.ledivit@ajl.asso.fr)

Site internet : <https://ajl-asso.fr/le-divit>

N° FINESS géographique : 560002974

# SOMMAIRE

Sommaire .....	2
Préambule .....	4
1 • METHODOLOGIE d'elaboration de notre pROjet d'établissement .....	6
2 • PRESENTATION de l'association et de l'établissement .....	8
» Présentation de l'Association Jean Lachenaud .....	8
» L'établissement Le Divit .....	9
» Présentation générale de l'établissement .....	9
» Implantation géographique.....	10
» Le domaine médico-social.....	10
» Le domaine sanitaire .....	11
» Les services « support » .....	12
» Principales fonctions dans l'établissement .....	13
» Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement.....	15
3 • Bilan sur l'activité .....	16
» Activité médico-sociale .....	16
» Activité sanitaire.....	18
» La prise en compte des risques liés aux caractéristiques du public accueilli.....	22
» Les données de territoire (volet EHPAD).....	24
» Le Projet régional de Santé .....	28
» Le Schéma départemental de l'autonomie .....	29
» Les orientations du CPOM.....	30
5•LES VALEURS ET PRINCIPES D'INTERVENTION .....	31
» Les valeurs associatives et principes partagés .....	31
» La mise en œuvre du cadre législatif applicable .....	32
» En EHPAD : les outils de la loi 2002-2.....	32
» En SMR et USP : la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.....	32
» La politique de promotion de la bientraitance .....	33
6• LES POLITIQUES INTERNES AU SERVICE DU PILOTAGE DU PROJET D'ETABLISSEMENT.....	34
» La politique qualité.....	34
» Le dispositif qualité .....	35
» La gestion des événements indésirables.....	35
» La gestion des plaintes et réclamations .....	36

» La gestion des risques .....	36
» La gestion du risque infectieux.....	36
» La gestion du risque médicamenteux .....	36
» La gestion de crise, continuité et reprise de l'activité.....	37
» La politique des ressources humaines et de la qualité de vie au travail.....	38
» La politique numérique .....	39
» Synthèse des forces et points d'amélioration de l'établissement .....	41
» Les orientations stratégiques du projet d'établissement et les fiches actions .....	43
8 •Le PILOTAGE DU PROJET ET DES FICHES ACTIONS .....	63
9• ANNEXES.....	64
» Glossaire .....	64

# PRÉAMBULE

## *Le Mot du Président de l'association*

Fondée en 1974 mais engagée dans un processus de professionnalisation très poussé depuis 2005, l'Association Jean Lachenaud (AJL) qui gère trois maisons de Santé à Saclay, Fréjus et Ploemeur, est avant tout un collectif de personnels soignants qui font preuve d'un très haut niveau des compétences et d'un remarquable esprit de solidarité pour accomplir leur mission principale :

L'accueil et la prise en soins des personnes dépendantes et des personnes âgées en perte d'autonomie.

Tout en s'appliquant résolument, à garantir les droits fondamentaux de la personne et la bientraitance pendant la durée de leur séjour en établissement, l'Association Jean Lachenaud s'inscrit pleinement dans un processus de développement stratégique en poursuivant le développement de son offre de services pour répondre au mieux aux besoins sanitaires et médico-sociaux du territoire d'implantation des établissements qu'elle gère.

La démarche associative de l'AJL se fonde également sur une rationalisation de la gestion et une mutualisation des bonnes pratiques en s'appuyant sur une démarche de transversalité dans ses interventions.

Bien intégrée dans les zones sanitaires d'implantation de ses établissements, l'Association est parfaitement en mesure de répondre au défi démographique que représente la croissance importante de la population des personnes âgées. Elle s'inscrit résolument au mieux dans les projets régionaux de santé et les projets établissement qui vous sont présentés, décline la palette des interventions que l'Association pourra proposer.

Un hommage appuyé doit être rendu à l'ensemble du personnel de trois établissements qui font preuve d'un remarquable professionnalisme et d'un sens bienveillant et chaleureux de relations humaines pour accomplir leur mission.

M. Jean-Louis DIMEGLIO

### ***Le Mot du directeur de l'établissement***

Fruit d'un travail de concertation et de réflexion important, le présent projet d'établissement couvre la période 2024-2028. Nous tenons à remercier pour leur implication tous les acteurs hospitaliers qui ont participé à l'élaboration de ce projet ainsi que l'ensemble des professionnels qui, au regard de leurs compétences et de leur engagement constant, contribueront à sa mise en œuvre.

Ce projet d'établissement constitue une étape essentielle de la vie de notre établissement. S'appuyant sur des valeurs partagées, il permet de mettre en évidence les orientations stratégiques qui doivent nous guider quotidiennement et nous préparer aux évolutions à venir.

Ancré dans son territoire et acteur reconnu auprès des acteurs de santé et de la population, l'Établissement de Santé LE DIVIT souhaite poursuivre ses missions de service public en répondant aux besoins en santé du territoire de proximité tout en poursuivant le développement de ses activités.

Ce projet est notre feuille de route pour les années à venir, définissant nos priorités en matière de qualité des soins, d'innovation, et d'humanisation des services. Nous nous engageons à renforcer nos actions pour assurer la sécurité et le bien-être de nos patients, tout en soutenant nos équipes dans leur développement professionnel.

Ensemble, nous continuerons à bâtir un avenir où excellence, innovation et humanité se conjuguent pour offrir le meilleur de la santé à notre communauté.

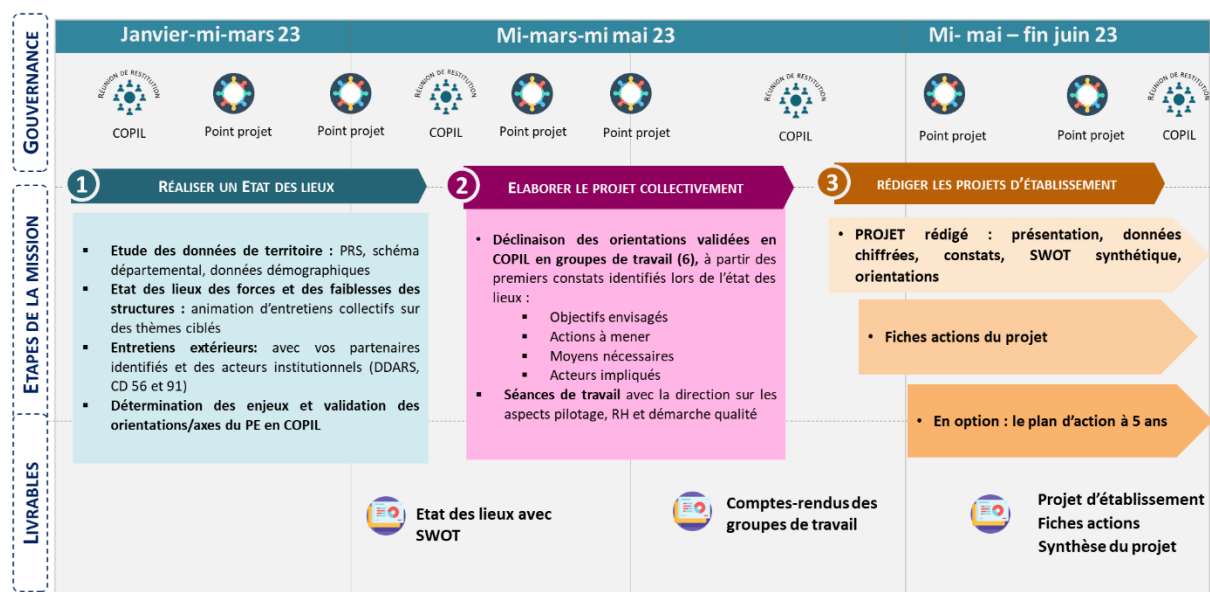
M. Laurent CHARLES

# 1 • METHODOLOGIE D'ELABORATION DE NOTRE PROJET D'ETABLISSEMENT

Comme l'y invite la Haute Autorité de Santé, l'élaboration de notre projet d'établissement a fait l'objet d'une démarche méthodologique, associant les différentes parties prenantes de l'établissement Le Divit afin d'élaborer un document orienté vers l'avenir, s'inscrivant dans le cadre d'une démarche participative et permettant un pilotage de la structure.



La démarche d'élaboration et de co-construction de notre projet d'établissement s'est déroulée de février à juillet 2024.



Le comité de pilotage, mis en place pour l'élaboration du projet d'établissement, était composé des personnes suivantes :

- M. CHARLES, directeur
- Mme GROSJEAN, directrice adjointe de l'association
- Mme COLLET, coordonnatrice des soins
- Mme LE BEUX, responsable RH
- M. HIRSINGER, responsable logistique
- M. LE DELLIOU responsable technique
- Mme LE GUYADER Ide coordinatrice SMR
- Mme LE GLEUT-PERRON, Ide coordinatrice EHPAD
- Dr SUIGNARD, présidente de la CME
- Mme GUERVILLE, secrétaire qualité
- M. GUILLEMIN, représentant des usagers
- Mme LE MEZO, secrétaire gestion des lits
- Mme LE DENMAT-FOUILLE, Présidente CVS
- Mme OLLIVIER, contrôleuse de gestion et de l'information médicale
- Mme HINGRAT, Aide-soignante
- M. JEUNESSE, Kinésithérapeute référent
- Dr FLATRES Médecin EMASP
- Mme MILES, IDE USP

## 2 • PRESENTATION DE L'ASSOCIATION ET DE L'ETABLISSEMENT

### » Présentation de l'Association Jean Lachenaud

L'association Jean Lachenaud, association loi 1901 à but non lucratif, a été créée en 1974.

Ses membres fondateurs sont :

- L'Etat (ministère de la Défense),
- La Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale,
- L'Association Générale de Prévoyance Militaire,
- Le Groupement Militaire de Prévoyance des Armées,
- La Mutuelle des Sapeurs-pompiers de Paris,
- L'Association Nationale des officiers de Carrière en Retraite.

Des membres adhérents et des membres d'honneur peuvent compléter la composition de l'Association.

Elle a été dénommée « Jean Lachenaud » en l'honneur du contrôleur général « Jean Lachenaud » premier président du Conseil d'Administration de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS).

Elle a pour objet de contribuer au développement de la politique et des actions en matière sanitaire et sociale en faveur des militaires, anciens militaires, personnels civils de la défense et leurs familles.

Elle a vocation à assurer la gestion d'établissements sanitaires, médico-sociaux ou sociaux destinés à offrir en priorité aux militaires, anciens militaires, personnels civils de la défense et leurs familles qui le nécessitent un accompagnement et des soins adaptés à leur situation dans un environnement de qualité.

L'Association gère, dans le cadre d'une délégation de service public, trois sites appartenant à la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale : le DIVIT à Ploemeur, la Martinière à Saclay et Jean Lachenaud à Fréjus. Elle gère également des biens et installations qui lui sont propres.

Les ressources de l'Association sont principalement attribuées par les Agences Régionales de Santé et les Conseils Départementaux.

## Engagés volontaires pour votre bien-être



Les structures et services du Centre Jean Lachenaud s'adressent à aujourd'hui à tout public, et ne sont pas exclusivement réservés aux personnes et familles de militaires et de la défense.

## » L'établissement Le Divit

### » Présentation générale de l'établissement

L'Établissement de santé « Le Divit » de Ploemeur, créé par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS) et mis en exploitation en 1978, est géré par l'Association Jean LACHENAUD. Cet établissement morbihannais propose actuellement à la population l'accès à des prestations de soins dans les domaines sanitaires et médico-sociaux. Pour ce faire, il dispose des infrastructures suivantes :

- **42 lits d'EHPAD (Hébergement Permanent) :** Offrant des services d'hébergement permanent pour les personnes âgées dépendantes.
- **70 lits de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) :** Destinés à la réadaptation des patients après une maladie aiguë, une intervention chirurgicale ou en cas de maladies chroniques.
- **10 lits de Médecine dédiés entièrement aux Soins Palliatifs :** Faisant partie de l'Unité de Soins Palliatifs (USP) du Territoire de santé n°3, ces lits sont réservés aux patients nécessitant des soins palliatifs complexes.
- **Une Équipe Mobile d'Accompagnement de Soins Palliatifs (EMASP) :** Intervenant tout au long du parcours de soins palliatifs des patients, y compris à domicile, et en collaboration avec les équipes de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) et les établissements hospitaliers.

L'établissement est chargé de coordonner les soins palliatifs au sein de ce territoire, assurant ainsi une prise en charge cohérente et complète des patients en fin de vie.

Depuis le 1er janvier 2024, l'établissement est labellisé en tant qu'hôpital de proximité, reconnaissant son rôle essentiel dans le maillage territorial des soins et son engagement à offrir des soins de proximité de qualité.

L'établissement participe activement à différentes instances, telles que :

- **CPTS Lorient Littoral :** Communauté Professionnelle Territoriale de Santé visant à améliorer la coordination des soins entre les différents acteurs de santé du territoire.
- **CAP Autonomie Santé :** Instance visant à promouvoir l'autonomie et la coordination des soins dans le domaine de la santé.
- **Comité Éthique Inter-Établissement et Services :** Comité chargé de veiller au respect des principes éthiques dans la prise en charge des patients au sein des établissements et services de santé.

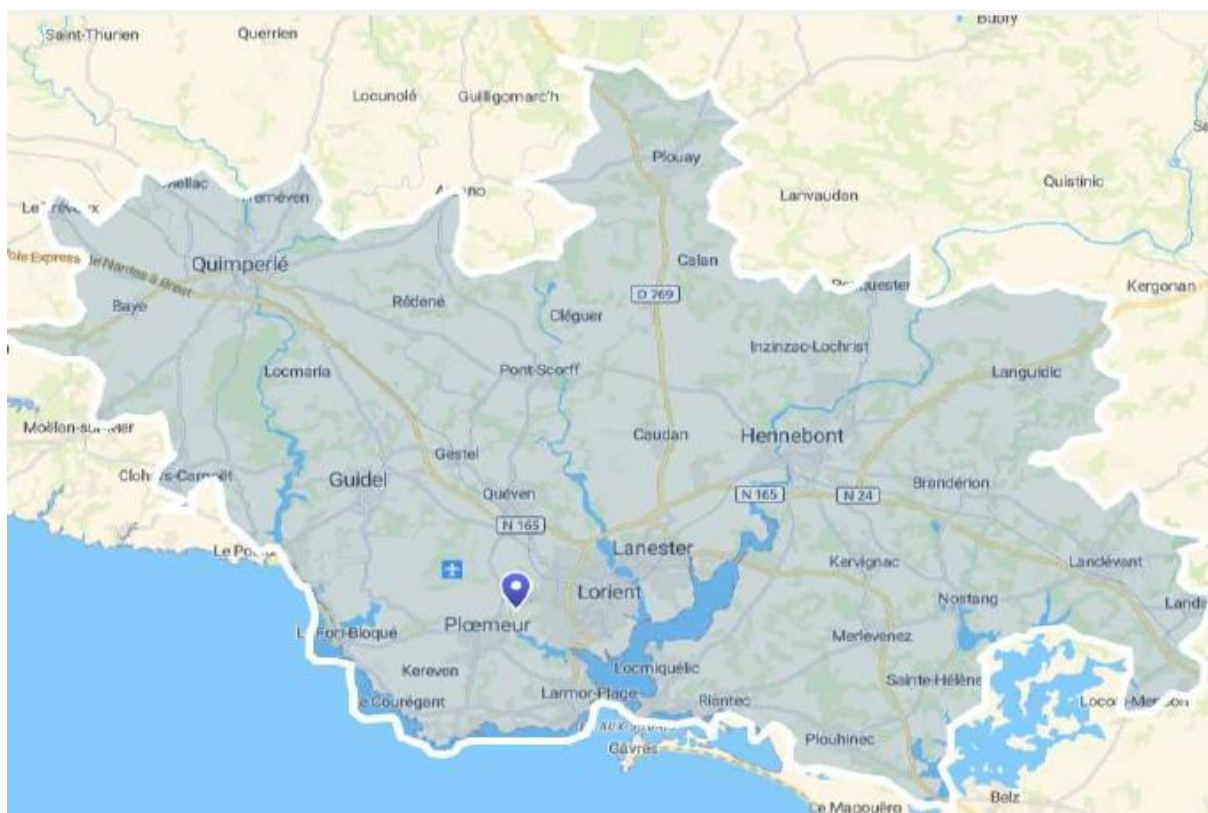
## » Implantation géographique

L'établissement « Le Divit » a été créé en 1977. Il est implanté dans la ville de Ploemeur (Plañvour en Breton) située dans le département du Morbihan et la région de Bretagne. Il est situé dans le territoire de santé n°3 du département.

La commune s'étend sur 39,7 km<sup>2</sup> et compte 18 591 habitants selon le dernier recensement de 2021. La densité de population est de 473,5 habitants par km<sup>2</sup>. Entourée par les communes de Larmor-Plage, Guidel et Lorient, Ploemeur est située à 5 km au sud-ouest de Lorient.

La zone d'attractivité et le territoire de recrutement de l'Établissement de santé « Le Divit » (zone à 30 mn de « Le Divit » en voiture), s'étendent globalement sur 37 communes et représentent de l'ordre de 239 000 habitants (Cf. carte ci-après- source Ollaey).

Pour autant, la majorité de l'activité actuelle de la structure ploemeuroise est fondée sur un périmètre moins étendu qui prend notamment en compte : la ville de Lorient et les communes de Ploemeur, Caudan, Gestel, Guidel, Hennebont, Lanester, Larmor Plage, Quéven ; soit environ : 151 000 habitants



## » Le domaine médico-social

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) quant à lui s'adresse à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Il a pour mission

d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par un accompagnement global et personnalisé comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. Les missions de ce secteur sont de nature médico-sociale.

## » Le domaine sanitaire

### ○ Les soins médicaux de réadaptation (SMR)

Le SMR est un service spécialisé dans la prise en charge de patients nécessitant des soins de réadaptation après une maladie aiguë, une intervention chirurgicale, ou en raison de maladies chroniques. Son objectif principal est de permettre aux patients de retrouver le meilleur niveau possible d'autonomie et de qualité de vie.

C'est donc une unité de soins qui offre une prise en charge multidisciplinaire et diversifiée. Les soins prodigués incluent la rééducation physique, la réadaptation fonctionnelle, la prise en charge psychologique et sociale, ainsi que l'éducation thérapeutique.

### ○ Les soins palliatifs

L'établissement assure une prise en charge des soins palliatifs selon plusieurs gradations afin de répondre aux besoins diversifiés des patients en fin de vie. Voici une présentation détaillée des différents niveaux de prise en charge :

#### **Services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) :**

Pour les situations palliatives non complexes, les services SMR peuvent prendre en charge les patients.

Ces services offrent un soutien et des soins adaptés aux patients en situation palliative, assurant ainsi une prise en charge de qualité pour des cas moins complexes.

#### **Hospitalisation en Unité de Soins Palliatifs (USP) Territoriale :**

Pour les prises en charge complexes, les patients peuvent être hospitalisés au sein de l'USP territoriale.

L'USP fait partie de l'activité Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et est spécialisée dans les soins palliatifs complexes.

#### **Projets d'Amélioration de l'Offre de Soins Palliatifs :**

**Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) :** Il est prévu de créer des lits identifiés soins palliatifs rattachés au service USP pour offrir un niveau intermédiaire de prise en charge.

**Hôpital de Jour (HDJ) Soins Palliatifs :** La création d'un HDJ soins palliatifs est en projet pour étoffer l'offre de soins palliatifs de l'établissement. Cela permettra de fournir des soins palliatifs en ambulatoire, augmentant ainsi la flexibilité et l'accessibilité des soins pour les patients.

#### **Équipe Mobile d'Accompagnement de Soins Palliatifs (EMASP) :**

L'EMASP intervient tout au long du parcours de soins palliatifs du patient.

Elle collabore avec les professionnels de premier recours pour fournir des soins palliatifs à domicile.

L'équipe travaille également en partenariat avec les équipes de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) et du secteur hospitalier pour assurer une continuité des soins.

L'EMASP est en charge de l'animation des staffs territoriaux de SP avec les équipes de l'USP, les représentants des équipes du GHT avec des LISP, l'HAD et le CAPAS.

## » Les services « support »

### ○ Les services administratifs

Les services administratifs assurent la gestion efficace et le bon fonctionnement de l'ensemble des activités hospitalières. Leur rôle est de soutenir les activités cliniques, de gérer les ressources et d'assurer une coordination optimale entre les différents services.

**1. Accueil et Admission :** Ce service est le premier point de contact pour les patients et les visiteurs. Il s'occupe de l'accueil, de l'orientation et de l'enregistrement des patients à leur arrivée. Il gère également les formalités administratives liées aux admissions, aux sorties et aux transferts.

**2. Facturation et Gestion des Recettes :** Ce service gère la facturation des soins et des services rendus aux patients. Il s'occupe de la codification des actes médicaux, de la facturation aux patients et aux organismes payeurs, et du recouvrement des recettes.

**3. Ressources Humaines :** Le service des ressources humaines (RH) est en charge de la gestion du personnel de l'hôpital. Il s'occupe du recrutement, de la formation, de la gestion des carrières, de la paie, et des relations sociales.

**4. Comptabilité et Finances :** Ce service gère les aspects financiers de l'établissement. Il est responsable de la tenue des comptes, de la gestion budgétaire, des audits financiers et de la préparation des états financiers. Il veille à la bonne utilisation des ressources financières et à la conformité avec les normes comptables et réglementaires.

**5. Qualité et Gestion des Risques :** Le service qualité et gestion des risques est responsable de la mise en place et du suivi des procédures visant à améliorer la qualité des soins et des services. Il évalue les pratiques, gère les incidents, et met en œuvre des actions correctives et préventives pour réduire les risques.

### ○ Pharmacie

La Pharmacie à usage intérieur (PUI) assure les missions suivantes la gestion, l'approvisionnement, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, dispositifs médicaux stériles et autres produits pharmaceutiques.

### ○ Les services logistiques

Les services logistiques d'un établissement hospitalier jouent un rôle crucial dans le bon fonctionnement et la qualité des soins prodigués. Leur mission principale est d'assurer le soutien nécessaire aux activités cliniques et administratives, permettant ainsi au personnel médical et paramédical de se concentrer sur les patients. Voici une brève description de ces services :

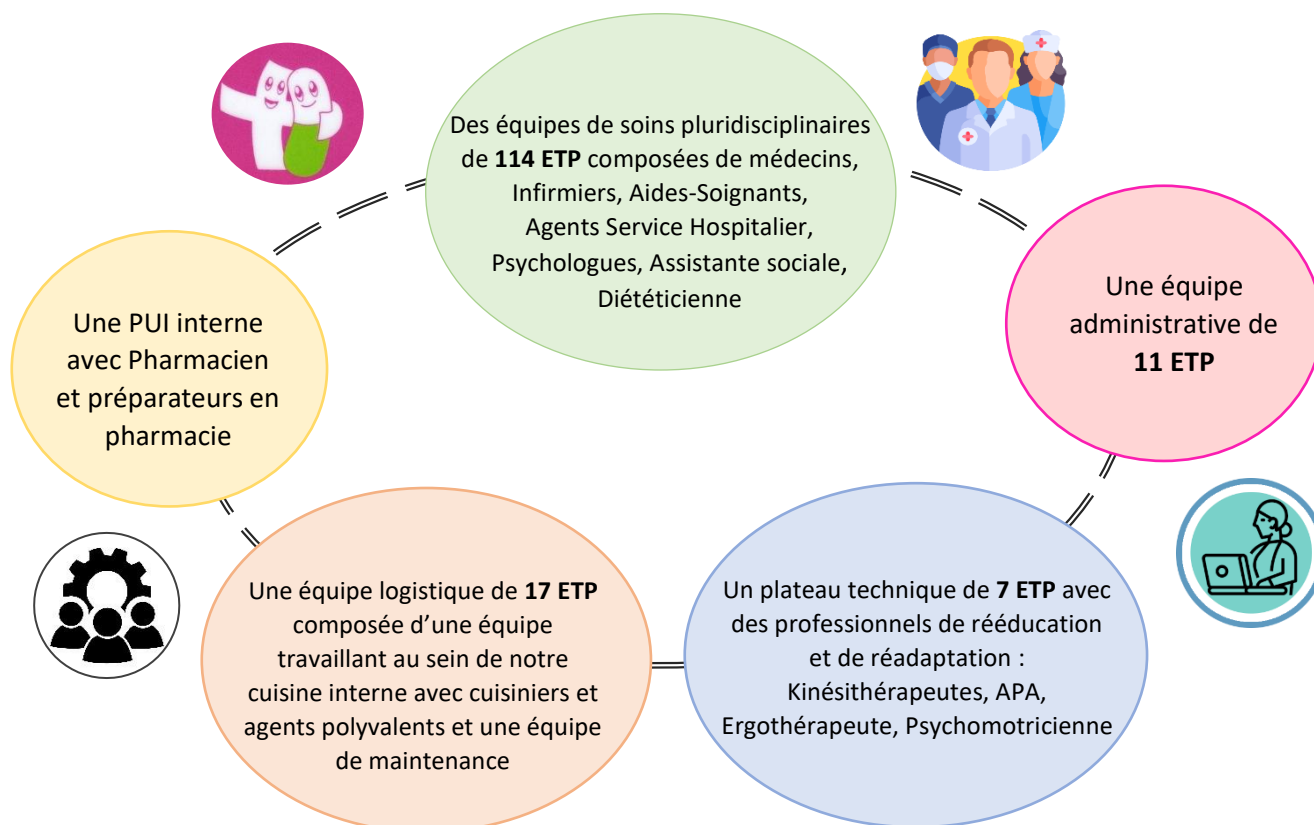
**1. Gestion des Approvisionnements et des Stocks** : Ce service s'occupe de l'achat, du stockage et de la distribution de tous les produits nécessaires au fonctionnement de l'hôpital.

**2. Restauration** : Le service de restauration prépare et distribue les repas aux patients, au personnel et parfois aux visiteurs. Il doit respecter des normes strictes en matière de nutrition, d'hygiène et de sécurité alimentaire, tout en tenant compte des régimes spécifiques prescrits aux patients.

**3. Entretien et Maintenance des Infrastructures** : Ce service est responsable de l'entretien des bâtiments, des installations techniques et des équipements médicaux. Il assure la maintenance préventive et corrective pour garantir un environnement sûr et fonctionnel pour tous.

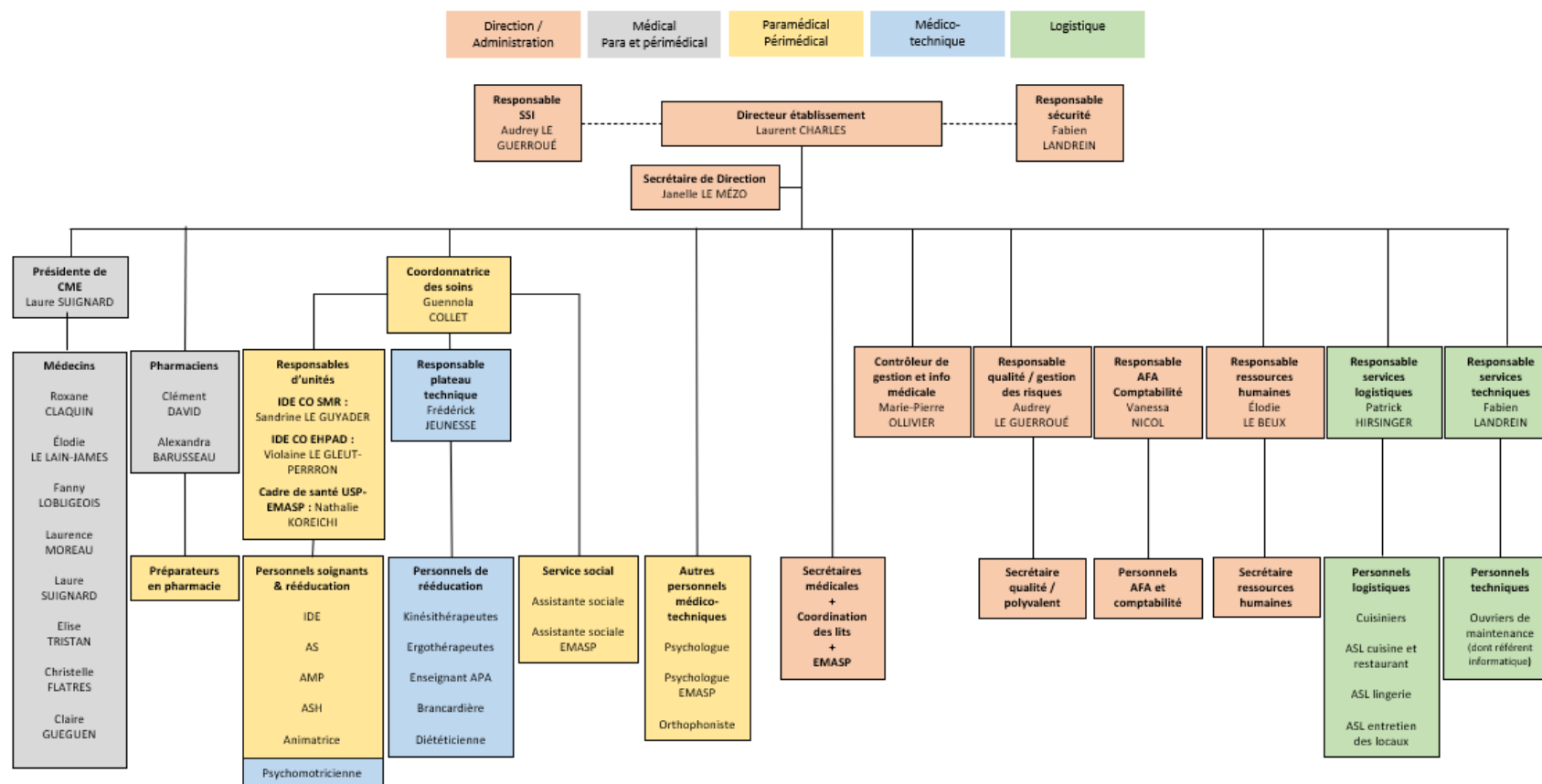
**4. Gestion des Infrastructures Informatiques** : Ce service est chargé de la gestion et de la maintenance des systèmes informatiques et des réseaux de communication. Il assure la disponibilité et la sécurité des données, et soutient le personnel dans l'utilisation des outils numériques.

## » Principales fonctions dans l'établissement



# ORGANIGRAMME

Septembre 2024



AJL = Association Jean Lachenaud - CME = Conférence Médicale d'Établissement - DIM = Département d'Information Médicale - SMR = Soins Médicaux et de Réadaptation - EHPAD = Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - IDE = Infirmer(e) Diplômé(e) d'État - AS = Aide-soignant(e) - AMP = Aide Médico-Psychologique - ASH = Agent de Service Hospitalier - EMASP = Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs - APA = Activité Physique Adaptée - ASL = Agent de service Logistique - AFA = Accueil/Facturation/Admissions - SSI = Sécurité du Système d'information

## » Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement

### ○ En interne

La coordination pluri disciplinaire est assurée par des réunions par et entre les équipes :

- Réunions semestrielles de l'ensemble du personnel
- Réunions hebdomadaires du CODIR
- Réunions mensuelles du staff d'encadrement
- Réunions 4 fois par semaine des Médecins/ Infirmiers/ Aides-Soignants/ rééducateurs/ diététicien/ psychologue/ assistante sociale/ cadre de service
- Réunions bi annuelles des équipes de nuit
- Réunions mensuelles des rééducateurs

Des groupes de travail, associant des professionnels en transversalité des services, sont programmés tout au long de l'année :

- Groupe de travail sur la bientraitance
- Groupe référents pharmacie : 2 réunions par an
- Groupe de travail sur des thèmes spécifiques à l'organisation créés autant que de besoin

Enfin, les outils sont en place pour faciliter la transmission, le partage d'information et de documents entre professionnels avec les logiciels métiers, l'intranet et le serveur partagés.

### ○ En externe, l'établissement Le Divit collabore avec un grand nombre d'acteurs :

- **Les établissements de santé du secteur** avec lesquels nous travaillons sur des parcours de soins, l'ensemble étant finalisé par des conventions : Le Groupement Hospitalier Bretagne Sud , la Clinique mutualiste de la Porte de Lorient, la Clinique du Ter, le Centre Mutualiste de Kerpape, EPSM , VYV3
- **La CPTS Lorient Littoral** dont notre établissement est membre adhérent
- **Le CAPAS** dont notre établissement est membre du conseil d'administration
- **L'HAD de l'Aven à Etel**, qui assure un temps de coordination hebdomadaire conjoint avec nos responsables de service, l'objectif étant de centraliser les besoins de coopérations et de construire des projets de soins efficaces en amont ou en aval des hospitalisations.
- **La Mairie de Ploemeur** et notamment son CCAS autour d'actions de socialisation pour nos personnes accueillies
- **Des services de soins à domicile**

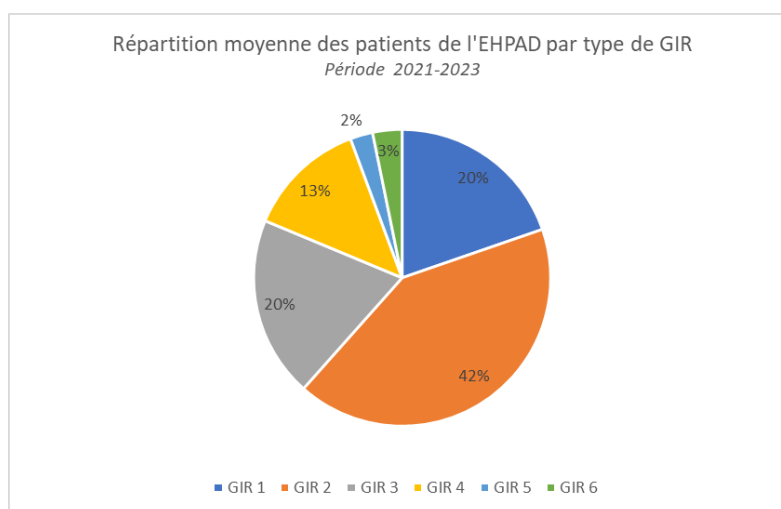
### 3 • BILAN SUR L'ACTIVITE

#### » Activité médico-sociale

La moyenne d'âge à l'entrée de nos résidents est de 88.8 ans en moyenne sur les trois dernières années (2021-2023). Avec un écart important entre hommes et femmes puisque ces dernières intègrent notre établissement à 91 ans en moyenne contre 84 ans pour les hommes.

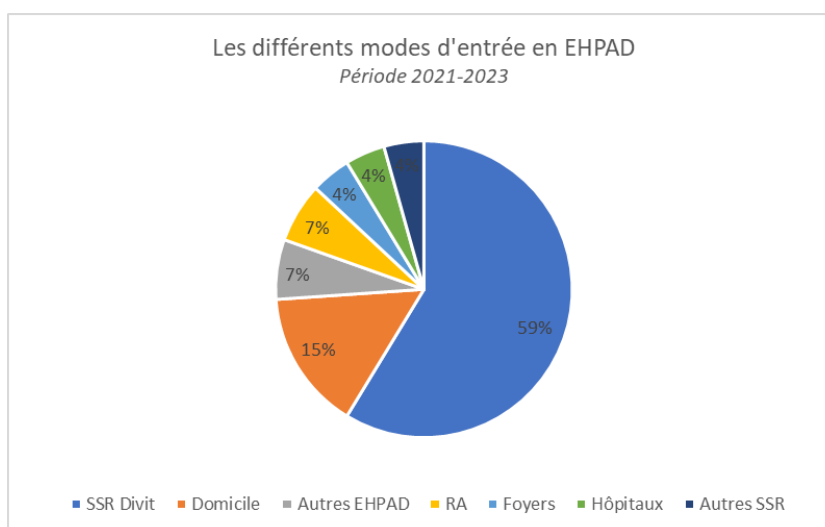
Notons que les femmes comptent pour 63% des admissions en moyenne sur la période 2021-2023.

Le niveau de dépendance des personnes accompagnées est élevé puisque près des deux tiers de nos résidents (62%) ont un GIR 1 ou 2 (cf. graphique ci-après).

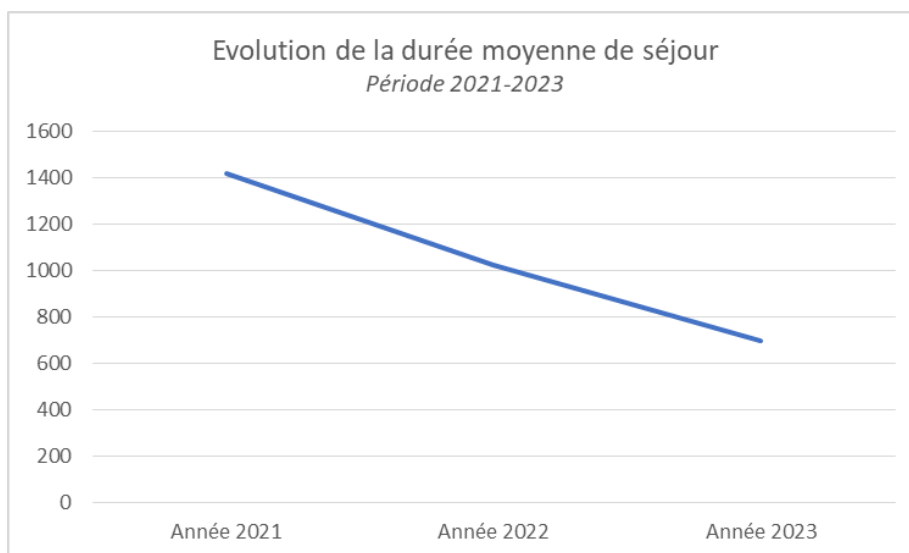


Les résidents viennent majoritairement de notre établissement puisque **près de 60% des entrées sur les trois dernières années viennent de notre SMR**. Ceci correspond donc à une filière d'admission interne dans le cadre d'un parcours pour nos patients. En ajoutant les patients venant d'autres SMR, ce mode d'entrée représente 63% des admissions en moyenne sur les trois dernières années.

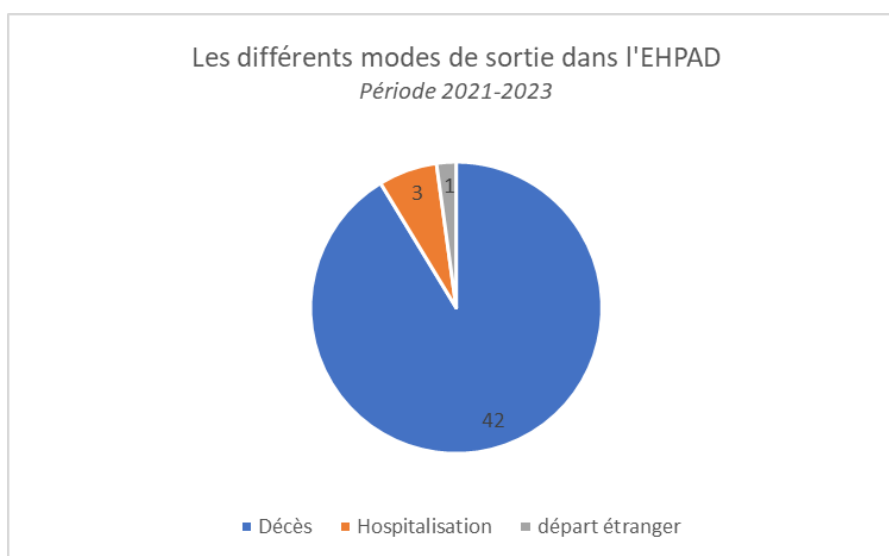
En deuxième position, les admissions depuis le domicile des personnes ne compte que pour 15% des entrées sur la période considérée.



Sur la période 2021-2023 la durée moyenne de séjour au sein de l'EHPAD est de 1 046 jours, soit un peu moins de trois ans. Cette DMS-a considérablement diminué en 3 ans passant de 1 418 jours, soit quasiment 4 ans, à 698 jours (moins de 2 ans).



Enfin, sur la période considérée, 46 résidents sont sortis, en grande majorité pour cause de décès.

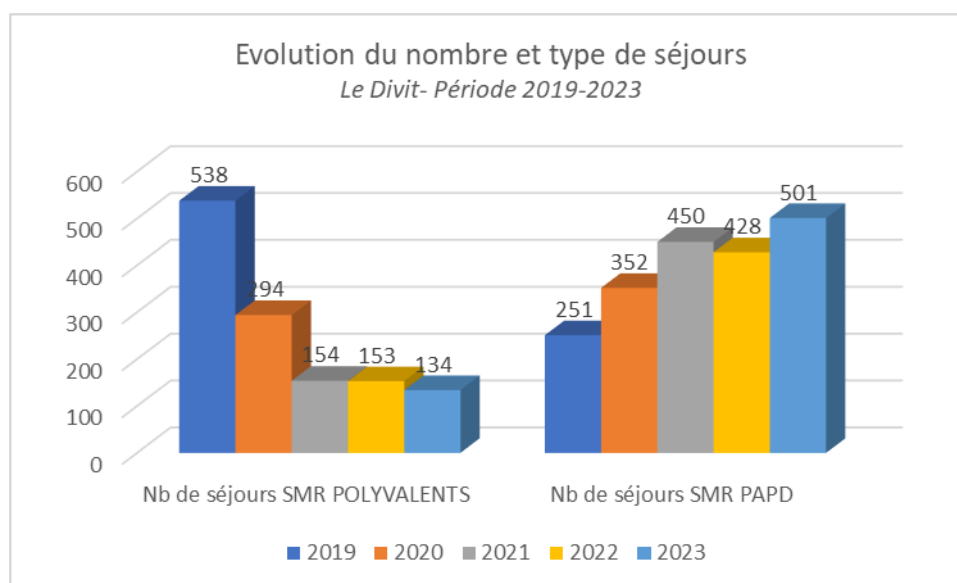


## » Activité sanitaire

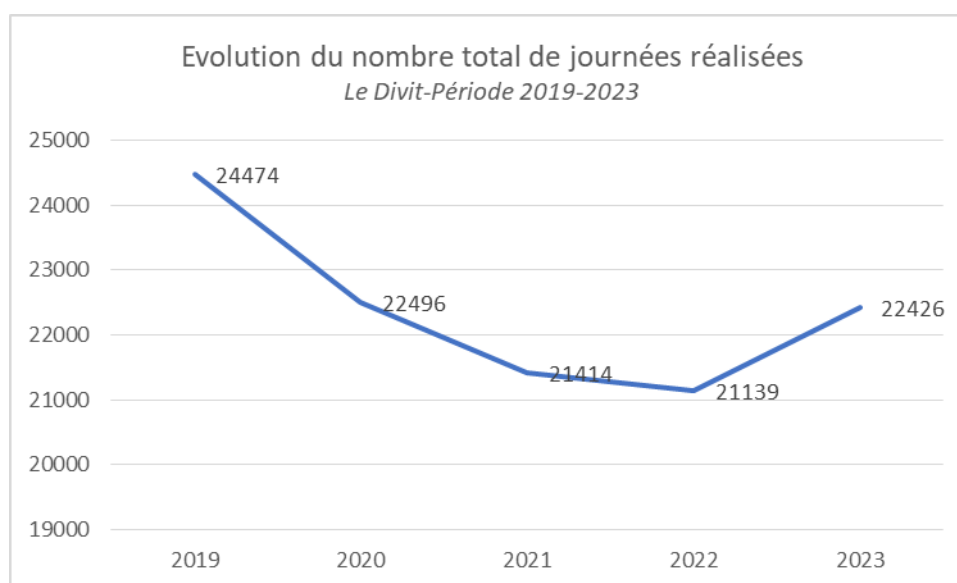
### ○ Service médical et réadaptation

Notre service de soins médicaux de réadaptation (SMR) enregistre une moyenne de 651 séjours de patients/an sur les 5 dernières années. Sur la période, 61% de ces séjours concernent des personnes âgées polypathologiques dépendantes (PAPD) contre 39% pour le SMR polyvalents.

Nous pouvons visualiser sur le graphique ci-dessous que, sur la période le rapport entre les deux modes de prises s'est plus qu'inversé puisqu'il était de 68%/32% en faveur du SMR polyvalent en 2019, alors qu'il est de 21%/79% en 2023, avec une montée en charge graduelle et continue du mode PAPD depuis 5 ans.



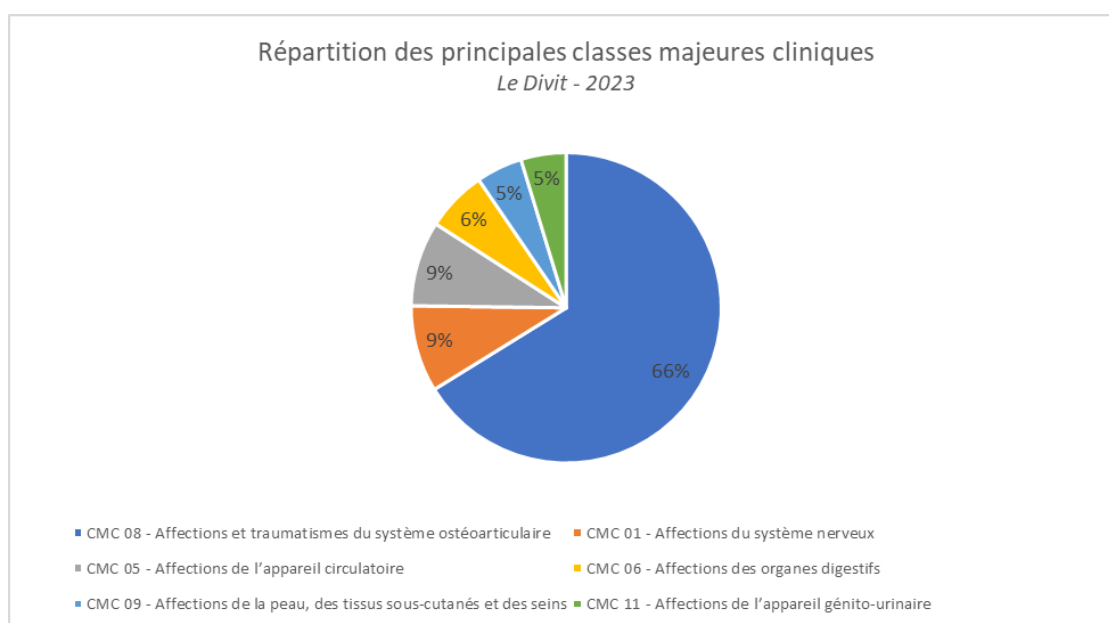
L'établissement, sur ce volet SMR, a réalisé une moyenne de 22 390 journées sur la période 2019-2023, avec une évolution qui n'est pas linéaire. On visualise ainsi sur le graphique ci-après la baisse régulière sur la première partie de la période considérée, avec une remontée à partir de 2023.



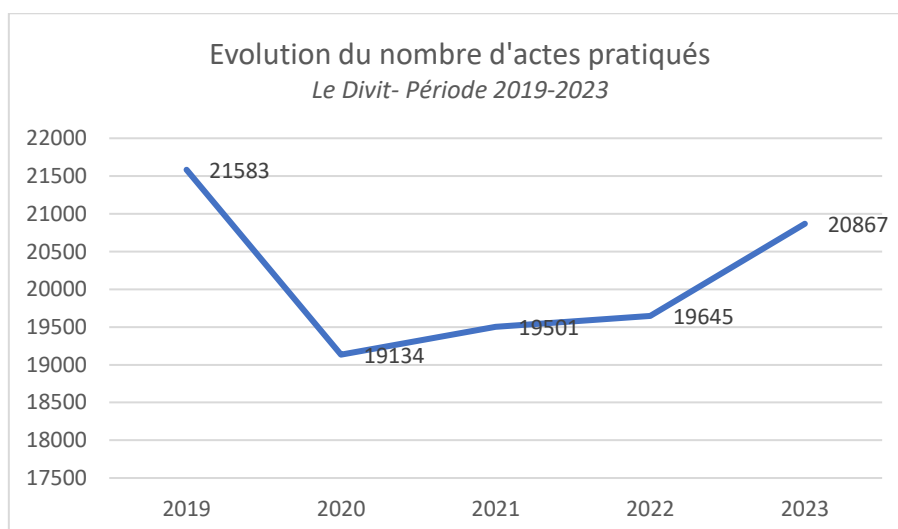
Ainsi, sur la période, un patient reste en moyenne 34.56 jours dans notre structure SMR. Cette durée de séjour moyenne varie assez peu dans l'ensemble sur la période depuis 2020 (cf. tableau ci-après). Elle est en revanche de + 4,3 jours entre 2019 et 2023, soit une hausse de 13.8%.

Durée de séjour moyenne	2019	2020	2021	2022	2023
	31	34,8	35,4	36,3	35,3

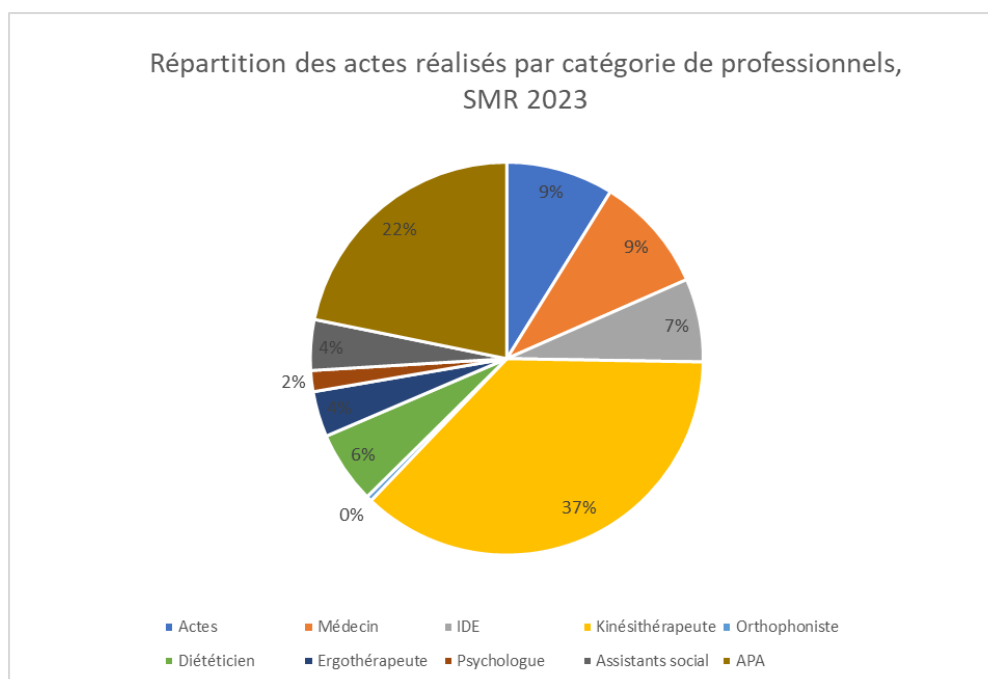
En 2023, 87% des journées se répartissent en 6 classes majeures cliniques (CMC), qui peuvent être visualisées sur le graphique ci-après. Parmi elles, les deux tiers d'entre elles concernent des entrées pour motif de traumatisme articulaire, tandis que les affections du système nerveux et du système articulaire comptent chacune pour 9% des séjours.



En parallèle, la courbe d'évolution du nombre d'actes pratiqués par les professionnels prend une forme à peu près comparable de celle des séjours, avec une forte remontée entre 2022 et 2023 (+ 5.3%).

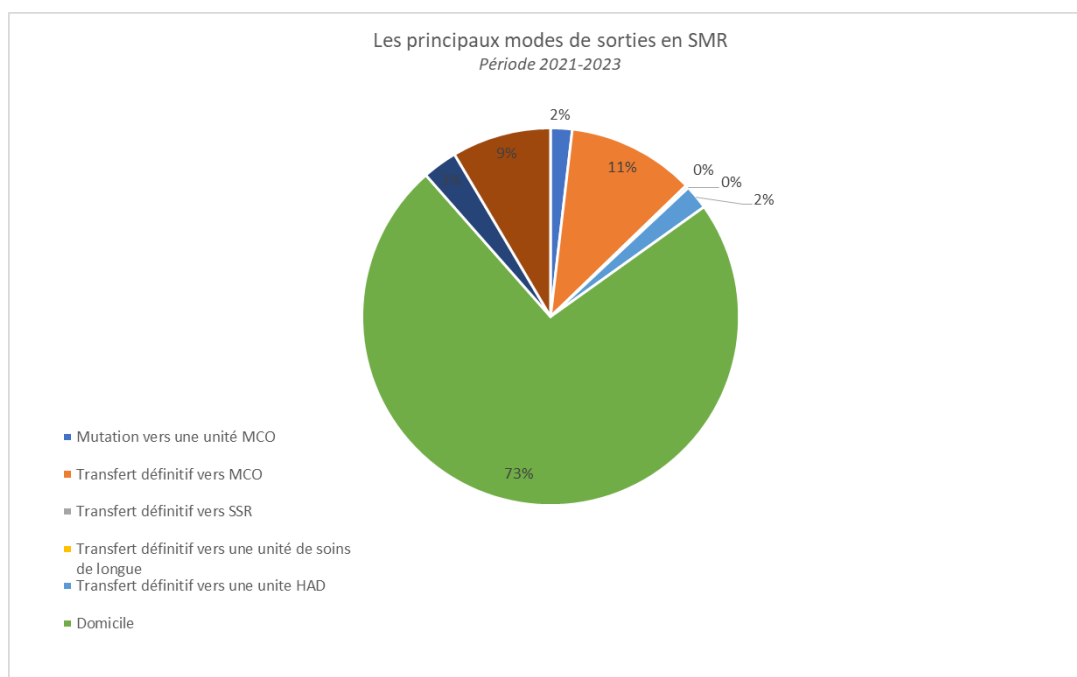


Parmi ces actes, près de 60% sont des actes de kinésithérapie et d'APA (cf. graphique ci-après).



La moyenne d'âge à l'entrée de nos résidents en SMR est de 82 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes sur les trois dernières années. Sur cette même période, ce sont majoritairement des femmes qui intègrent la structure, avec 71% des entrées contre 29% pour les hommes.

Un peu plus de 93% des patients entrants sont transférés depuis une unité « MCO » et 73% des patients sortants font un retour à domicile.

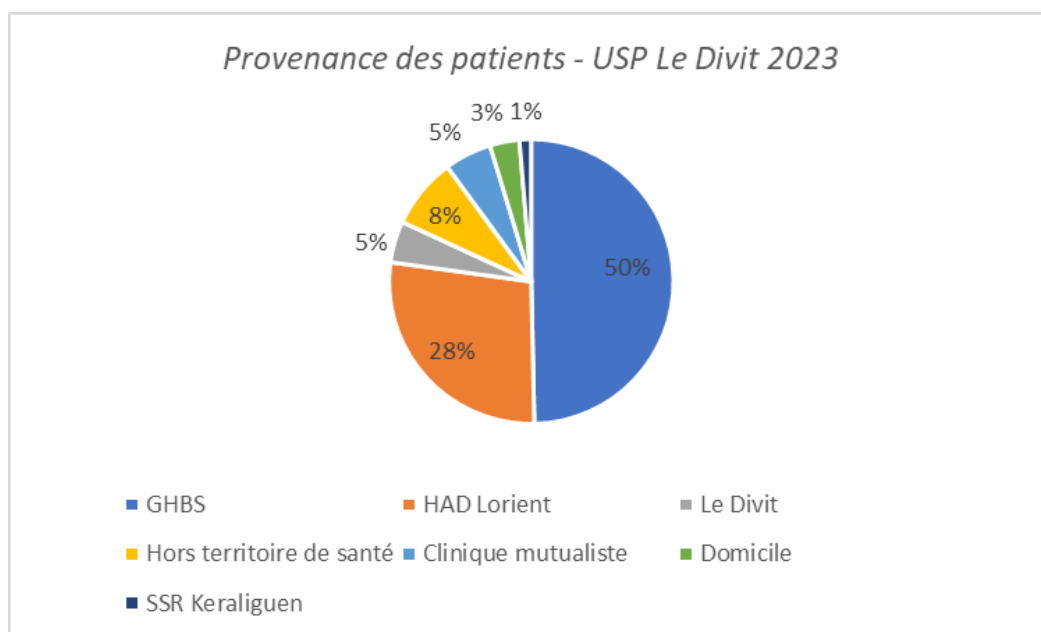


### ○ Unité de soins palliatifs

La volonté d'institutionnaliser une unité de 8 lits de Soins Palliatifs par transformation de 8 lits de SSR, affichée par l'établissement de santé Le Divit depuis 1995, est devenue effective le 02/10/2000. L'ouverture de l'USP a enclenché une dynamique territoriale et a servi de point d'ancrage au développement et à l'organisation de la prise en charge palliative sur le Territoire de Santé n°3. A partir du 1er janvier 2019 la capacité de l'USP a été augmentée à 10 lits selon un fonctionnement MCO, tarification T2A.

Les principales données concernant l'USP sont les suivantes à fin 2023 :

- 149 fins de séjours ;
- Durée moyenne de séjour de 21 jours (avec une durée médiane à 18) ;
- Age moyen de 69 ans
- 92% viennent du territoire n°3 dont 50% du GHBS (cf. graphique ci-après pour la répartition des entrées)



## » La prise en compte des risques liés aux caractéristiques du public accueilli

### ○ La prise en compte des risques en santé

D'après la recommandation de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé sur la qualité de vie en établissement de soins, en son volet 4 « l'impact des éléments de santé sur la qualité de vie », les risques ci-dessous sont identifiés et pris en compte pour les résidents et patients accueillis à l'établissement de santé Le Divit :

- Mauvaise nutrition, Dénutrition et déshydratation
- Chutes
- Iatrogénie médicamenteuse
- Escarres
- Douleurs, Souffrance physique, Souffrance psychique
- Troubles du comportement et troubles cognitifs
- Risques liés à la polypathologie

Ces risques sont appréhendés au quotidien par :

- l'observation, l'évaluation et la mise en place des plans de soins.
- La mise en place de procédures et protocoles spécifiques
- L'utilisation par les équipes soignantes d'échelles d'évaluation de la douleur tant comportementale qu'analogique
- La déclaration et l'enregistrement des chutes comme des événements indésirables. Les chutes font l'objet d'un travail d'analyse avec recherche de causes communes en vue de l'établissement d'un plan d'action
- L'action des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) et de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) :
  - **Le Comité de Lutte contre la Douleur** vise à coordonner les actions de lutte contre la douleur menée au sein de l'établissement, dans l'objectif de tout mettre en œuvre pour apporter les meilleurs soins et soulager toute douleur. A cet effet, le CLUD assure les pratiques professionnelles et la formation continue à l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Ses actions s'inscrivent plus largement dans la politique d'amélioration continue de la qualité de l'établissement. La prévention, le traitement et l'évaluation de la douleur sont des axes forts de la démarche de soins en lien avec le C.L.U.D. de l'établissement
  - **Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition** veille à la qualité de la prestation alimentation-nutrition et coordonne les interventions des professionnels. Il élabore un programme d'action annuel dont il évalue les actions mises en place et fournit aux professionnels concernés un appui méthodologique. L'analyse du questionnaire de satisfaction sur la prestation des repas, permet d'ajuster au mieux la prestation alimentaire avec les attentes des personnes.

- Les actions de prévention et d'éducation en santé sont aussi organisées, visant :
  - L'activité physique
  - L'alimentation, la nutrition/Dénutrition, la déshydratation
  - Les chutes
  - Le risque infectieux

○ La prise en compte des risques liés à la vulnérabilité du public accueilli

Les professionnels de l'établissement sont aussi sensibilisés aux risques afférents au public accueilli, des observations régulières et pluri disciplinaires permettent de les évaluer, et donnent lieu à la mise en place de protocoles spécifiques :

- **Les risques de perte d'autonomie et d'isolement social**, qui peuvent découler de la dénutrition, du syndrome d'immobilisation, des chutes, de la iatrogénie médicamenteuse, des douleurs et souffrances physiques et psychiques, des troubles du comportement et des troubles cognitifs, des risques liés à la polypathologie, ou encore à l'incontinence urinaire,....
- **Les risques d'interruption ou de rupture d'accompagnement**, liés au refus de soins et aux hospitalisations non programmées.
- Les risques d'addiction et de conduite à risque.

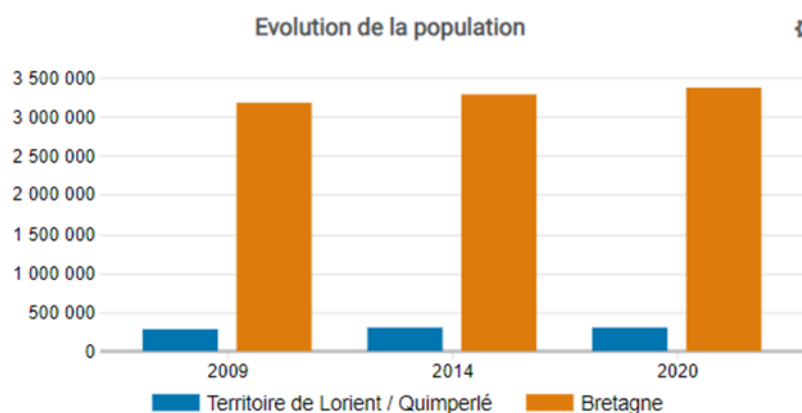
## 4 • LES ORIENTATIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES

### » Les données de territoire (volet EHPAD)

NB : L'étude de territoire a été réalisée en s'appuyant sur les données de la base SIRS. L'établissement est situé sur le territoire géographique de « Lorient-Quimperlé ». Les données sont comparées avec celles de la région Bretagne.

#### 1- Un territoire faiblement dynamique au niveau de la population

L'évolution moyenne de la population sur la période 2009-2020, sur la zone territoriale dans laquelle se trouve notre établissement est de 3.8%, alors qu'elle est de +6.1% en région Bretagne (cf. graphique ci-après).



#### 2- Une forte proportion de personnes âgées

Le territoire compte une proportion de personnes âgées, supérieure à celle de la région, d'environ +10% en moyenne sur les trois « tranches d'âges » concernées (cf. ci-après), ce qui montre que les besoins de prise en charge sont élevés.

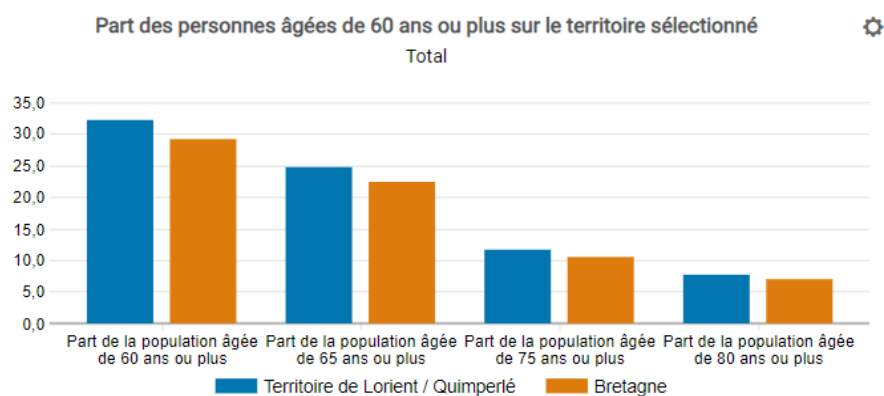
Population des 60 ou plus

Total

Indicateurs	Territoire de Lorient / Quimperlé	Bretagne
<u>Population des 60 ans ou plus</u>	96 781	981 729
<u>Part de la population âgée de 60 ans ou plus (%)</u>	32,2 ▲	29,1
<u>Population des 75 ans ou plus</u>	35 088	356 903
<u>Part de la population âgée de 65 ans ou plus (%)</u>	24,8 ▲	22,5
<u>Population des 80 ans ou plus</u>	22 880	233 408
<u>Part de la population âgée de 80 ans ou plus (%)</u>	7,6 ▲	6,9

Total ▼

Source : Insee, RP - 2020



En conséquence, l'indice de vieillissement de la zone est plus élevé que dans la région, avec un différentiel +18.5%.

Indice de vieillissement (effectif)

Total

Indicateurs	Territoire de Lorient / Quimperlé	Bretagne
Indice de vieillissement (personnes $\geq 65$ ans pour 100 jeunes de $<20$ ans)	114,6 ▲	96,7

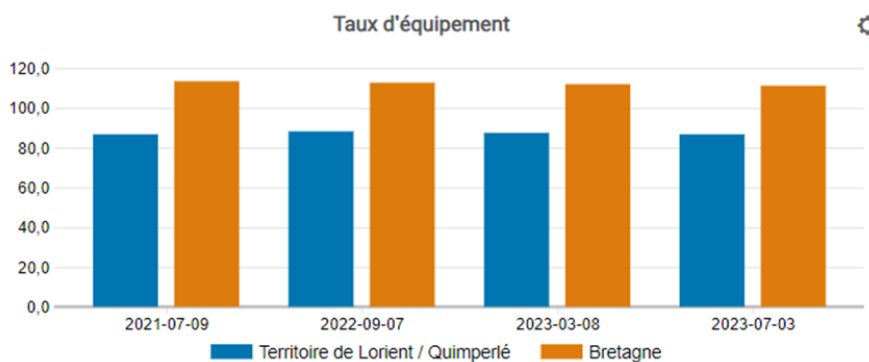
Total ▼

Source : Insee, RP - 2020

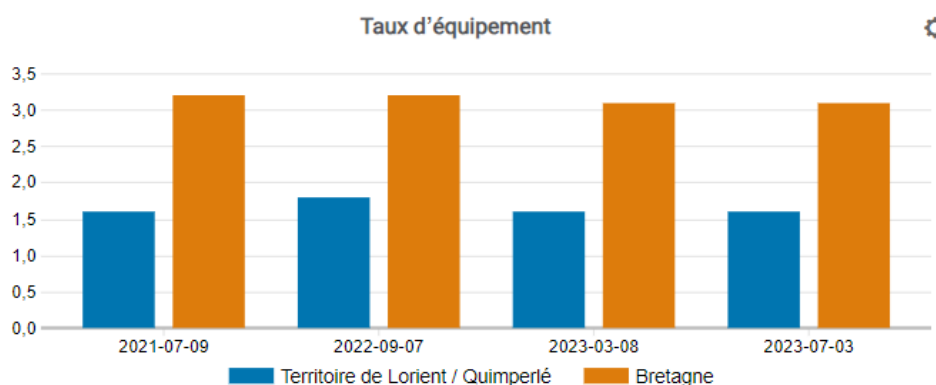
### 3- En face, une offre pas assez dimensionnée

L'offre d'EHPAD existante sur le territoire considéré n'est pas assez dimensionnée pour faire face à ces besoins, avec des taux d'équipements inférieurs à la moyenne régionale.

Ainsi, avec une capacité d'accueil de 3 041 places en EHPAD, le taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus est de 86.7 contre 111.2 pour la région, soit un écart de 24.5 points (22% de taux d'équipement en moins).



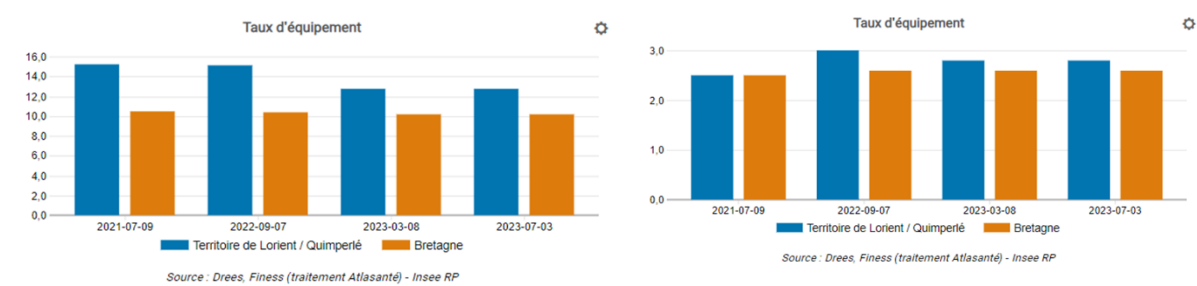
De même, le taux d'équipement en matière d'hébergement temporaire, est inférieur à celui de la région.



Il n’y a par ailleurs aucune structure pour personnes handicapées vieillissantes alors qu’on en compte 18 en Bretagne.



Inversement, les taux d’équipement en matière d’hébergement temporaire (graphique ci-après à gauche) et d’accueil de jour (graphique ci-après à droite) sont plus élevés par rapport au reste de la région Bretagne.



## » Le Projet régional de Santé

Le projet régional de santé 2023-2028 de la région Bretagne identifie un certain nombre d'objectifs et d'actions en matière de SMR, de soins palliatifs et d'accompagnement des personnes âgées, dans lesquels notre politique et nos actions s'inscrivent.

### ○ En matière de soins médicaux de réadaptation (SMR) :

Le Plan régional de santé de Bretagne souhaite développer les SMR qui doivent « *prendre toute leur place comme modalité de prise en charge à part entière* » en « *intervenant plus précocement y compris à partir du domicile et en développant des techniques innovantes* ».

Un certain nombre d'objectifs sont fixés, dans lesquels notre établissement s'inscrit pleinement, et notamment (non exhaustif) :

- Déployer pleinement l'offre de SMR polyvalent sur l'ensemble des territoires ;
- Organiser une offre de SMR gériatrique répondant aux besoins du vieillissement de la population bretonne (notamment la prise en charge des troubles cognitivo-comportementaux) ;
- Permettre une prise en charge précoce de la rééducation, réadaptation y compris à partir du domicile par notamment l'amélioration des taux d'occupation et la réduction des délais d'attente ;
- Poursuivre le développement de coopérations entre opérateurs de santé en intégrant les CPTS, les GHT, ou autres structurations.

### ○ En matière de soins palliatifs :

**L'action 5.6 : « Conforter l'organisation territoriale en soins palliatifs »** fixe notamment trois objectifs importants, qui vont guider l'action de notre établissement sur les cinq prochaines années :

- Accompagner la création et le suivi de projet de territoire dans le cadre des filières en identifiant le parcours, les appuis et les coopérations ;
- Rendre effective les coopérations entre les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et les HAD avec les EHPAD et augmenter l'accompagnement des EMSP dans chaque lieu de vie ;
- Augmenter l'accompagnement des EMSP dans chaque lieu de vie

### ○ Dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées :

- 1- **Action 7.2 : Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.** Pour cela il est envisagé de :
  - Développer l'accueil de jour en lien avec les besoins du domicile et des aidants
  - Fluidifier les parcours des personnes âgées par l'hébergement temporaire post hospitalisation
- 2- **Action 7.3 : Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD** notamment en fidélisant les ressources humaines, en poursuivant le déploiement des appuis sanitaires pour mieux

accompagner les personnes âgées ou encore en favorisant la mise en place d'actions en faveur de la qualité et de la prévention dans les EHPAD

3- **Action 7.4 : Renforcer les coopérations territoriales au service des personnes âgées.** Pour y parvenir, les actions préconisées sont les suivantes :

- Consolider les filières gériatriques dans leur dimension d'appui aux structures médico-sociales, et plus largement, consolider les appuis des structures sanitaires (hospitalières et ambulatoires) au profit des structures et professionnels du médicosocial ;
- Consolider les collaborations entre équipes mobiles externes (EMSP, EMG ext, EMPPA) à destination des EHPAD, et plus largement des domiciles ;
- Consolider le rôle des HAD en faveur des établissements médico-sociaux (veille anticipée en EHPA, et au travers des organisations d'IDE mutualisés de nuit en EHPAD) ;

Indicateur d'évaluation : taux ESMS ayant conventionné avec un établissement de santé porteur d'une filière gériatrique au sein d'un Groupement hospitalier de territoire

Notre structure qui gère en interne un EHPAD, une unité de soins palliatifs, une EMASP et un établissement de santé s'inscrit pleinement dans ce schéma coopératif.

## » Le Schéma départemental de l'autonomie

Le schéma autonomie 2023-2028 du Morbihan pointe le défi du vieillissement de la population : « Un tiers de la population du Morbihan est âgée de 60 ans et plus, soit 258 000 habitants selon les estimations 2022 de l'Insee. Cette catégorie de la population prend de plus en plus d'importance : elle ne représentait que 21 % des habitants en 1990 et 24 % au début des années 2000.

Il rappelle également que l'offre d'hébergement actuelle en structures médicalisées d'accompagnement des personnes âgées dépendantes est globalement déficitaire dans le département qui dispose du plus faible taux de places d'EHPAD de la région Bretagne et d'un grand quart ouest du territoire français : « *1 600 places seraient nécessaires à ce jour pour rétablir un équilibre territorial qui fait aujourd'hui défaut* ».

Le schéma autonomie est ainsi essentiellement centré sur l'adaptation de l'offre d'hébergement et de service et sur l'évolution des pratiques, de manière à proposer un accompagnement qualitatif aux personnes accompagnées.

Parmi les orientations retenues par le schéma, certaines d'entre elles concernent les EHPAD et peuvent entrent avoir un impact sur la politique d'accompagnement de l'établissement :

- **Développement de l'offre :**
  - création de places d'accueil de jour :
  - redéploiement de 49 places d'EHPAD vers le territoire Lorientais
  - développement de l'accueil des personnes très dépendantes
  - développement des solutions médicalisées pour l'accueil de personnes âgées dépendantes
  - développement des EHPAD hors les murs

- **Renforcer la qualité de l'accueil pour les usagers :**

- **poursuite de la dynamique de conclusion de CPOM avec les EHPAD du département**
- poursuite de l'effort de soutien en investissement aux EHPAD
- évolution et innovation dans les conditions et modalités d'accueil des personnes âgées
- former les professionnels, notamment en matière de bientraitance et pour la prise en charge des publics spécifiques (ex : PHV, troubles psy...)

Il est également envisagé de « *proposer des dispositifs de soutien à la l'amélioration de la performance environnementale et particulièrement de la performance énergétique des ESMS* ».

## » Les orientations du CPOM

Le CPOM de l'EHPAD est en cours de négociation avec l'ARS et le CD 56 au moment où se projet d'établissement est rédigé. Les objectifs sont en cours de validation.

Le CPOM de l'USP 2024-2028 est toujours en attente d'être complété par l'annexe 1 des objectifs stratégiques.

Le CPOM du SMR 2019-2023 sera revu une fois que le processus des demandes d'autorisation d'activité SMR sera arrêté. Ces objectifs étaient les suivants :

- Permettre l'égalité d'accès aux soins de support.
- Favoriser le maintien à domicile de la personne âgée en anticipant et organisant les conditions du retour à domicile au sein de l'hôpital et en lien avec les professionnels de santé libéraux et les acteurs de l'aide à domicile
- Améliorer le recours à l'HAD des établissements MCO et SSR
- Promouvoir les dispositifs de coordination : plateformes territoriales d'appui (PTA), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap
- Repérer et prendre en charge les personnes dénutries à l'hôpital
- Mettre en place ou renforcer la qualité de vie au travail (QVT)
- Améliorer le parcours du patient
- Améliorer la qualité de la prise en charge
- Développer une prise en charge graduée en SSR en développant les alternatives à l'hospitalisation complète et les liens avec les autres modes de soin et d'accompagnement

## 5•LES VALEURS ET PRINCIPES D'INTERVENTION

### » Les valeurs associatives et principes partagés

L'Association affirme son attachement aux valeurs de solidarité intergénérationnelle au sein du Ministère des Armées et plus généralement au sein de la nation.

Son action est guidée par des valeurs humanistes partagées par l'ensemble de ses membres. L'Association, qui est en train d'élaborer son projet associatif, affirme son attachement au **droit dont dispose chaque personne, en particulier âgée, même avec des faibles revenus, d'être prise en charge dans une structure de qualité**, respectant ses droits et libertés. Elle a ainsi pour vocation de favoriser l'accès au plus grand nombre à des prestations sanitaires et médico-sociales de qualité dans un environnement hôtelier agréable.

Les **valeurs humanistes** sont partagées par l'ensemble des membres de l'association, qui placent la personne accueillie au centre de la mission des établissements. L'application continue d'une démarche qualité garantit la qualité de la prise en charge des personnes.

Les personnels des établissements sont tous concernés par la réalisation des missions de l'Association et sont tous également impliqués par l'adhésion aux valeurs et convictions présentées ci-dessus.

L'action de l'Association s'inscrit dans le prolongement de celle des structures de la Défense exerçant une mission médicale ou médico-sociale au profit de ses ressortissants d'active et en retraite et s'inscrit en complémentarité de celles des organismes mutualistes et associatifs œuvrant au profit de la même patientèle.

L'Association a pour vocation de favoriser l'accès du plus grand nombre des prestations sanitaires et médico-sociales de qualité dans un environnement hôtelier agréable. Pour cela, elle s'efforce de mettre en œuvre une gestion efficace de ses ressources afin de maîtriser les tarifs de ses prestations tout en garantissant la viabilité économique de ses établissements. Ces derniers s'inscrivent à cet effet, dans l'offre des prestations sanitaires et médico-sociales des territoires dans lesquels ils sont implantés.

La personne accueillie dans les structures gérées par l'Association, est placée au centre de la mission des établissements et le pilotage d'une démarche qualité garantit l'efficacité de sa prise en charge.

Enfin, l'Association a développé une **charte de développement durable**. Cette charte est l'expression d'une démarche volontaire de progrès incitant les différentes structures à mettre en œuvre certains engagements, tels que la mise en place d'une réflexion stratégique de développement durable permettant d'identifier les enjeux et de le faire partager par l'ensemble du personnel en les intégrant dans leur action quotidienne en impliquant les différentes parties prenantes.

## » La mise en œuvre du cadre législatif applicable

### » En EHPAD : les outils de la loi 2002-2

Notre établissement dispose de l'ensemble des outils de la loi 2002-2 :

- Livret d'accueil pour les personnes accueillies,
- Charte des personnes accueillies,
- Contrat de séjour,
- Règlement de fonctionnement,
- Trame de projet personnalisé.

Leur actualisation, ainsi qu'une plus grande appropriation de la pratique du projet personnalisé, est un des objectifs du présent projet d'établissement.

#### Le Conseil de la vie sociale (CVS)

Le Conseil de la Vie Sociale facilite l'écoute, le dialogue, l'expression et la participation collective des résidents et des familles. Il est garant du respect des droits des personnes les plus vulnérables.

Il constitue donc une instance particulièrement intéressante pour la transmission des informations, et un très bon moyen donné aux personnes accueillies et à leurs familles de faire part de leurs remarques et questions concernant le fonctionnement de l'établissement et la vie quotidienne au sein de l'EHPAD.

Le conseil est une instance collégiale qui doit fonctionner de manière démocratique. Ainsi, le CVS de de l'établissement a été renouvelé via l'élection de ses nouveaux représentants en décembre 2023.

Le CVS est présidé par une représentante des-résidents. Il se réunit au moins quatre fois par an.

### » En SMR et USP : la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

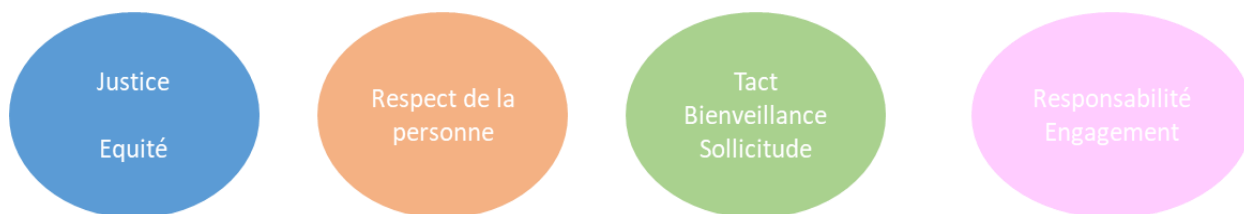
L'établissement respecte les principes fondamentaux de la loi « Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et s'inscrit pleinement dans ses attendus :

- 1- égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état et absence de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins ;
- 2- continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ;
- 3- droit des patients :
  - ✚ au respect de la dignité de la personne malade ;
  - ✚ au respect de la vie privée et au secret des informations concernant une personne malade ;
  - ✚ de recevoir les soins les plus appropriés possible et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées ;
  - ✚ de recevoir des soins visant à soulager la douleur ; le droit au libre choix de son praticien et de son établissement de santé, et le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement

### La Commission des usagers (CDU)

La Commission des usagers a pour principales missions de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en soins des patients et de leurs proches. La commission des usagers fonctionne sur la base de 3 réunions annuelles. Elle est composée de professionnels de l'établissement, de médiateurs médicaux et non médicaux et de représentants des usagers désignés par l'Agence Régionale de Santé parmi des associations d'usagers agréées. Au cours de chaque séance, sont notamment abordés les actualités de l'établissement, les plaintes et réclamations tout comme les courriers de satisfaction de la part des usagers, l'analyse et le suivi des fiches d'événements indésirables ainsi que le suivi de la politique qualité.

## » La politique de promotion de la bientraitance



La Direction et l'ensemble des professionnels de l'établissement de « LE DIVIT » partagent une approche humaniste qu'ils veulent exprimer quotidiennement dans la mise en œuvre de leur mission d'accompagnement de l'usager. Le sens de l'action repose sur des valeurs essentielles.

Cette approche est traduite par le respect de la personne, en lien avec des facteurs tels que son âge, son histoire, son individualité, en :

- Préservant son autonomie et sa liberté d'expression dans les décisions qui la concernent et ce dans l'exercice des actes de la vie courante.
- Prenant soin de lui apporter, en complément de l'aide et de l'affectation irremplaçables de sa famille et de ses proches, le maximum de soutien et de bien-être, à toutes les étapes de l'accompagnement, y compris dans la fin de sa vie.
- Favorisant une qualité relationnelle propice à la sérénité de sa famille garantissant la place et l'épanouissement de la personne et du professionnel qui l'accompagne.

L'avancée en âge, le handicap et la perte d'autonomie sollicitent avec une grande exigence notre capacité à la reconnaissance et au respect de la personne. Chaque usager a développé sa propre singularité, sa propre histoire, sa richesse affective, ses habitudes, ses croyances, ses désirs, ses projets. L'établissement de santé s'engage à respecter cette individualité.

Les libertés fondamentales sont garantes de la dignité humaine prennent tout leur sens dans l'accompagnement juste des personnes les plus vulnérables. L'établissement s'engage à apporter la plus grande vigilance au respect de ces libertés, tout en les adaptant au niveau d'autonomie des personnes accompagnées. Cet ajustement doit se faire dans l'intérêt exclusif des usagers.

Deux valeurs traduisent le sens de la responsabilité professionnelle : d'une part la compétence technique, d'autre part la conscience professionnelle. C'est-à-dire la volonté constante de bien faire. L'établissement s'engage à promouvoir ces deux dimensions essentielles de la responsabilité professionnelle, ainsi que le bien-être des professionnels, qui est une composante de leur engagement.

Le respect de l'intégrité et de la sensibilité des personnes est primordial. Prendre soin, c'est faire preuve de patience, de bienveillance et de sollicitude, qualités essentielles de l'accompagnant.

Le tact concerne tout à la fois la délicatesse du toucher et la volonté de ne pas brusquer ou heurter la sensibilité par le geste, souvent intime, ou la parole.

Dans le cadre de l'accompagnement, la bientraitance permet de concevoir le plus justement et le plus respectueusement la place de l'usager en respectant le rythme de vie et d'action de chacun, souvent fortement ralenti.

## 6• LES POLITIQUES INTERNES AU SERVICE DU PILOTAGE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

### » La politique qualité

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est un axe fort en matière de pilotage du projet. Engagé dans une démarche Qualité et Gestion des Risques structurée depuis plusieurs années, certifié, l'établissement mène des actions d'amélioration dans une démarche globale formalisée dans son Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) 2020 – 2024.

Ce programme est élaboré en étroite collaboration avec la Commission Médicale de l'Etablissement (CME) et les Présidents des différentes instances institutionnelles et se décline pour sa mise en œuvre opérationnelle dans l'établissement, au travers du Comité de Gestion de la Qualité et de la Prévention des Risques (CGQPR) animé par la Coordonnatrice Qualité et Gestion des Risques.

L'élaboration de ce programme s'appuie notamment sur les orientations du Contrat Pluriannuels des Objectifs et des Moyens (CPOM), le manuel de certification, les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) et le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES), mais fait aussi suite à l'analyse des fiches d'événements indésirables et des déclarations d'événements indésirables graves le cas échéant. Elle peut être faite en Comité de Retour des Expériences (CREX) ou Revue de Mortalité Morbidité (RMM).

La démarche Qualité et Gestion des Risques s'inscrit sur le long terme et nécessite l'implication de l'ensemble des professionnels. Elle se décline par les objectifs prioritaires suivants :

- Axe 1 – Assurer la pérennité du système de management de la qualité,
- Axe 2 – Améliorer le management des ressources humaines,
- Axe 3 – Garantir les droits des usagers et la place de leurs représentants,
- Axe 4 – Garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge patient (dont la prise en charge médicamenteuse),
- Axe 5 – Promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour la conduite de cette politique et dans la mise en œuvre des moyens de communication internes et externes sur les axes prioritaires, la Direction inscrit l'établissement dans l'engagement :

- De l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charges des patients,
- De la démarche de certification HAS,
- Du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES), de l'atteinte des objectifs liés à l'évolution des modes de financement et notamment à l'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ).

## » Le dispositif qualité

La démarche d'amélioration continue de la qualité doit être l'affaire de tous, chacun doit se sentir concerné au sein de la structure et, chacun à son niveau, être acteur de cette démarche porteuse de sens. C'est dans cette optique que nous projetons de créer un comité de pilotage qualité transversal, impliquant les différentes catégories de professions de notre établissement afin de participer à la définition de la politique et au pilotage/suivi du plan d'action qualité. Il aura également un rôle de communication vis-à-vis des professionnels afin qu'ils puissent être informés du plan d'action qualité et de son état d'avancement.

Il est envisagé également que des professionnels de l'établissement puissent être mobilisés pour mettre en œuvre toute ou partie de certaines actions du plan d'action qualité, seuls ou dans le cadre de groupes de travail

## » La gestion des événements indésirables

La sécurité de nos activités, notamment les soins, et l'amélioration des pratiques sont une priorité pour l'établissement de santé « Le Divit ». Cela nécessite une prise de conscience partagée par l'ensemble des acteurs de la structure et passe par la déclaration et l'analyse des événements indésirables (EI) via une fiche de signalement qui a été élaborée en interne. Aussi, en vue de favoriser la mise en œuvre de la politique de gestion des EI, qui s'inscrit dans le cadre de notre politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, l'établissement s'engage à :

- Recueillir les informations dès qu'un EI est repéré ;
- Traiter les informations recueillies dans un souci de confidentialité ;
- Favoriser leur analyse avec les professionnels concernés afin de prévenir de nouveaux événements similaires ;
- Ne pas entamer de procédure disciplinaire envers un professionnel qui aura spontanément révélé un non-respect des bonnes pratiques dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement ;
- Communiquer largement autour de la survenue d'un événement indésirable, en respectant l'anonymat des personnes concernées, notamment sur les actions d'amélioration en place auprès des autres professionnels

L'établissement a mis en place une procédure de recueil et de traitement des EI.

## » La gestion des plaintes et réclamations

Les plaintes (grief écrit et nominatif) et les réclamations (demande d'explication non anonyme), peuvent être déclarées soit par écrit soit par oral et recueillies par la direction. Une procédure a été définie et écrite, sous la responsabilité du Président de la CDU.

## » La gestion des risques

### » La gestion du risque infectieux

Cette mission est assurée par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (EOHLIN). La mission de l'EOHLIN est la prévention du risque infectieux. Elle s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement de santé « Le Divit ».

L'EOHLIN peut être sollicitée pour tout conseil, expertise, investigation, relatifs à la mise en œuvre des procédures, au signalement d'évènements inhabituels, ainsi qu'à l'évaluation d'un risque infectieux et à l'application des mesures préconisées au regard de ce risque. L'EOHLIN inscrit son action dans la démarche globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement, et notamment dans le cadre du programme d'actions.

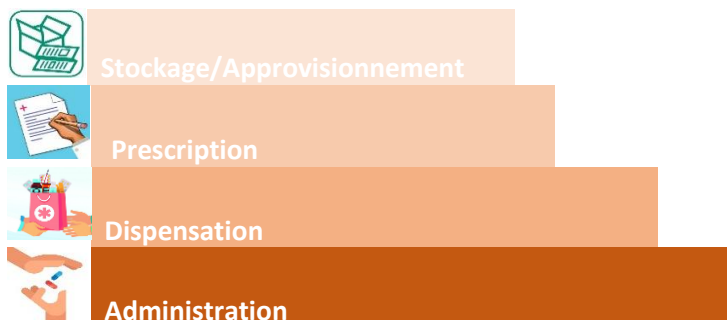
Ses principales missions sont les suivantes :

- Prévention des infections associées aux soins pour les patients et les professionnels
- Surveillance des infections
- Evaluation et amélioration des pratiques en hygiène
- Contrôle de l'environnement et hygiène générale de l'établissement
- Investigation et intervention lors de la survenue d'évènements inhabituels ou sévères
- Conseil technique pour le choix des produits et matériels ainsi que lors de la réalisation de travaux
- Déclaration et signalement interne et externe
- Formation (médicale, paramédicale et technique)
- Communication et information des professionnels et des patients

### » La gestion du risque médicamenteux

La politique de la prise en charge médicamenteuse s'inscrit dans la politique globale de lutte contre les évènements indésirables associés aux soins et dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle s'articule avec les objectifs du projet médical, du projet paramédical, du projet social et du projet qualité.

L'objectif poursuivi par l'établissement est la sécurisation du circuit à toutes les étapes :



Le fil conducteur de la sécurisation de l'administration repose sur la règle des « 5 B » :

« Administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment et au Bon patient ».

Quatre objectifs majeurs ont été définis par l'établissement :

- ➔ **Assurer la conformité du processus aux exigences réglementaires** (conformément à l'arrêté du 6 Avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé)
- ➔ **Améliorer la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé** : contrôle des ordonnances, traçage des interventions pharmaceutiques et déploiement de formations spécifiques et régulières au profit des professionnels infirmiers
- ➔ **Mise en place de la Dispensation Journalière Individuelle et Nominative (« DJIN »)**. Celle-ci est opérationnelle dans les services SMR et EHPAD (pas adaptée à l'USP). Cette dernière fonctionne avec de la dispensation individuelle hebdomadaire et la dotation globale. La préparation des piluliers s'effectue par les Préparateurs en pharmacie. Un contrôle de 20% des piluliers lors du jour de la préparation de la DJIN est assurée par le Pharmacien. La sécurisation du circuit est ainsi renforcée par un contrôle supplémentaire du pilulier
- ➔ **Développement de la conciliation médicamenteuse** : c'est une démarche qui permet de prévenir et d'intercepter les erreurs médicamenteuses. Elle repose sur la transmission et le partage d'informations complètes et exactes entre les membres de l'équipe de soins et le patient tout au long de son parcours. La stratégie adoptée au sein de l'établissement est de faire une conciliation « light »

## » La gestion de crise, continuité et reprise de l'activité

L'établissement a défini un plan de continuité de l'activité (PCA) afin d'assurer aussi longtemps que possible, un fonctionnement normal de l'établissement et d'organiser, lorsqu'il sera rendu inévitable, un fonctionnement en mode dégradé le plus adapté à la situation du moment. Le PCA constitue un document « socle » de référence qui s'applique, quels que soient les scénarii de crise auxquels peut être confrontée la structure sanitaire et médico-sociale

De même un plan de reprise de l'activité (PRA) a été défini. Il concerne l'ensemble des composantes du système d'information (infrastructure systèmes et réseaux, logiciels...) ainsi que toutes les ressources humaines et matérielles contribuant à son bon fonctionnement (personnels, fournisseurs..., alimentation électrique, climatisation, protection incendie...). Il a pour but de guider les personnels intervenant dans le cadre de la résolution d'une crise informatique majeure et de leur procurer les informations nécessaires à la remise en exploitation optimale et rapide du système d'information.

#### Quatre objectifs forts :

- Limiter les risques de survenue d'incidents majeurs qui aurait pour conséquence de stopper toute ou partie de l'activité informatique ;
- Minimiser les impacts d'un incident informatique majeur en termes d'activité ;
- Préparer les conditions et les moyens nécessaires à une reprise rapide, organisée et efficace (équipes, procédures, matériel ...) ;
- Instaurer un "Principe de précaution" afin de préserver les actifs corporels et incorporels l'établissement

## » **La politique des ressources humaines et de la qualité de vie au travail**

L'établissement fait partie de l'association Jean Lachenaud et s'intègre dans la politique et les outils de ressources humaines définis par le siège de l'association, qui comprend un accord d'entreprise, la mise à disposition d'un logiciel de paie et l'organisation du dialogue RH (conventions collective, accord de temps de travail 2016). Le siège fournit donc des outils RH mais n'a pas défini de stratégie RH applicable aux établissements de l'association, qui donc une latitude en la matière.

Aussi, notre politique de management et de gestion des ressources humaines est définie/pilotée par la direction de l'établissement et portée par l'ensemble des cadres intermédiaires. Une responsable des ressources humaines en assure la mise en œuvre opérationnelle. Elle se déploie selon cinq axes structurants :

- 1 - Management et gestion des ressources et des parcours
- 2 - Formation et montée en compétences
- 3 - Organisation du travail et des horaires
- 4 - Qualité de vie au travail
- 5 - Prévention et gestion des risques professionnels

### 1- Le management et la gestion des ressources :

L'établissement dispose d'une organisation hiérarchique organisée en matière de management pour manager et gérer les ressources : une direction, des fiches de postes et de tâches définissant les responsabilités, un organigramme, un tableau des ETP/cartographie des postes. Des outils sont en place (ex : paie first...)

### 2. Formation et montée en compétences

Un plan de formation a été mis en place, il est régulièrement mis à jour. Des priorités ont été définies en matière de formation : privilégier les formations dans un cadre collectif, sur des thématiques identifiées comme prioritaires au regard des besoins (douleur/soins palliatifs, bientraitance/éthique, gestion de l'urgence vitale, sécurité incendie, impact environnemental du soin, prévention des TMS).

### 3. Qualité de vie au travail (QVCT)

La qualité de vie au travail de nos salariés constitue une préoccupation constante de la structure. Des actions ont d'ores et déjà mises en place pour favoriser cette qualité de vie au travail : restauration de qualité sur place, télétravail pour certaines catégories de personnels (accord Jean Lachenaud), autonomie de gestion du temps de travail pour les cadres (forfait jours), prise en compte des motifs personnels communs des salariés en matière d'organisation du temps de travail (ex : pour le passage en 10h des AS et en 11h45 des IDE ), avantages en nature via le CSE.

### 4. Prévention et gestion des risques professionnels

L'établissement a nommé un référent « TMS professionnels » qui va recenser les problématiques existantes en interne.

De même, l'établissement a mis en place, dans un cadre participatif, un document unique des risques professionnels (DUERP). Il est mis à jour annuellement et diffusé aux professionnels.

En synthèse, l'établissement souhaite s'inscrire davantage dans une dynamique pluriprofessionnelle, dans un cadre de management de proximité et participatif, en renforçant la cohésion interne, la sécurité au travail des professionnels et l'esprit d'équipe.

## » La politique numérique

L'établissement Le Divit déploie une stratégie numérique structurée autour de trois axes forts :

1. La sécurité des données
2. Le partage des informations en interne et en externe
3. La formation/sensibilisation des acteurs

### 1- La sécurité des données

La sécurité des données et des informations, que ce soit les données concernant les patient(e)s ou les données internes de l'établissement est primordiale ; elle fait l'objet d'une attention permanente. Plusieurs actions sont mises en œuvre pour assurer la sécurité des données, sous la responsabilité d'un référent informatique nommé en interne en lien avec une société prestataire extérieure :

- Sécurisation des données sur des serveurs, à la fois en interne et en externe, avec une volonté de l'établissement de migrer progressivement vers une sécurisation externe de ses données, avec une protection HDS ;
- Interdiction de l'utilisation des clés USB par ses personnels, blocage des ports USB de certains ordinateurs ;
- Utilisation de login/mots de passe pour accéder aux logiciels métiers (+ login/mots de passes génériques pour les sessions Windows pour les ordinateurs portables partagés par les équipes). Gestion accès des personnes par un prestataire extérieur ;
- Mise en place d'une procédure d'impressions sécurisées sur chaque poste de travail ;
- Double authentification pour les connexions par VPN extérieurs (avec les ordinateurs professionnels des acteurs, pas de VPN sur les ordinateurs personnels) ;

- Rédaction d'un plan de retour à l'activité informatique qui rappelle les conduites à tenir/fonctionnement dégradé en cas d'attaque informatique, intégré dans le plan de continuité de l'activité de l'établissement (partie dédiée au sein de ce PCA).

## 2- Le partage des informations en interne et en externe

En interne, les informations liées à la prise en charge des patients sont positionnées sur dossier patient informatisé (DPI) - le logiciel OSIRIS-, tandis que celles qui ont trait à l'organisation de l'établissement (ex : comptes rendus, documents cadres de la structure, notes de service...) sont positionnées sur un des serveurs de l'établissement, selon une arborescence qui a été définie et avec des droits d'accès différenciés.

En externe, l'objectif est de partager au maximum les informations du patient, avec son accord, avec les principaux partenaires de la prise en charge, en amont en aval du parcours de nos usagers/patients. Ce partage passe par deux modalités complémentaires : l'utilisation de la messagerie sécurisée « MS Santé » et l'utilisation du DMP du patient « Mon espace santé » s'il est alimenté.

## 3- La formation/sensibilisation des acteurs

La plus grande formation et sensibilisation des acteurs aux outils numériques et à leur utilisation est une préoccupation constante de la direction de l'établissement. Elle est d'ores et déjà prise en compte mais doit être renforcée.

## 7 • LE DIAGNOSTIC ET LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

### » Synthèse des forces et points d'amélioration de l'établissement

Notre projet d'établissement a été établi à partir d'un **diagnostic réalisé avec les équipes**. Des groupes de travail ont ainsi été réunis au premier trimestre 2024 pour identifier les points forts et les points d'amélioration de l'établissement en vue d'orienter le travail autour des actions à mener, avec là aussi des échanges qui ont eu lieu avec les équipes en avril-mai 2024.

Les groupes de travail ayant permis d'élaborer un diagnostic complet, dont une synthèse est présentée ci-après sous la forme d'une matrice « SWOT », ont porté sur les thèmes suivants :

- Offre d'accompagnement ;
- Parcours des personnes ;
- Ouverture et partenariats ;
- Bienveillance et éthique ;
- Vie sociale (groupe spécifique EHPAD) ;
- Hébergement et infrastructure ;
- Démarche qualité ;
- Politique numérique ;
- Ressources humaines



## » Les orientations stratégiques du projet d'établissement et les fiches actions

Notre projet d'établissement comporte 5 orientations et 17 objectifs. 10 d'entre eux ont été déclinés dans des fiches-actions dédiées.

AXE 1 : Garantir les droits fondamentaux de la personne et la bientraitance

- 1 - Déployer et animer avec les parties prenantes une culture de bientraitance en lien avec les recommandations existantes
- 2 - Réécrire dans un cadre participatif les outils de la loi 2002-2
- 3 - Renforcer la démarche de projets personnalisés
- 4- Adapter l'architecture et les matériels aux besoins des personnes (SMR)

AXE 2 : Développer la visibilité de la structure et son ouverture à l'environnement

- 5 - Mettre en œuvre une communication lisible, positive et dynamique
- 6 - Renforcer et animer les partenariats de l'établissement en lien avec le label « hôpital de proximité »

AXE 3 : Diversifier l'accompagnement pour mieux répondre aux besoins

- 7- Développer des modalités de prise en charge plus souples et diversifiées via la création d'une hospitalisation de jour
- 8- Développer l'accompagnement et l'accès à l'expertise en soins palliatifs à domicile
- 9- Développer des actions de promotion de la santé : dénutrition, hygiène bucco-dentaire, chutes...
- 10 - Maintenir une prise en charge de qualité répondant aux besoins et demandes des patients dans le cadre d'un parcours de soins cohérent

AXE 4 : Renforcer l'implication, la participation et la coordination des parties prenantes

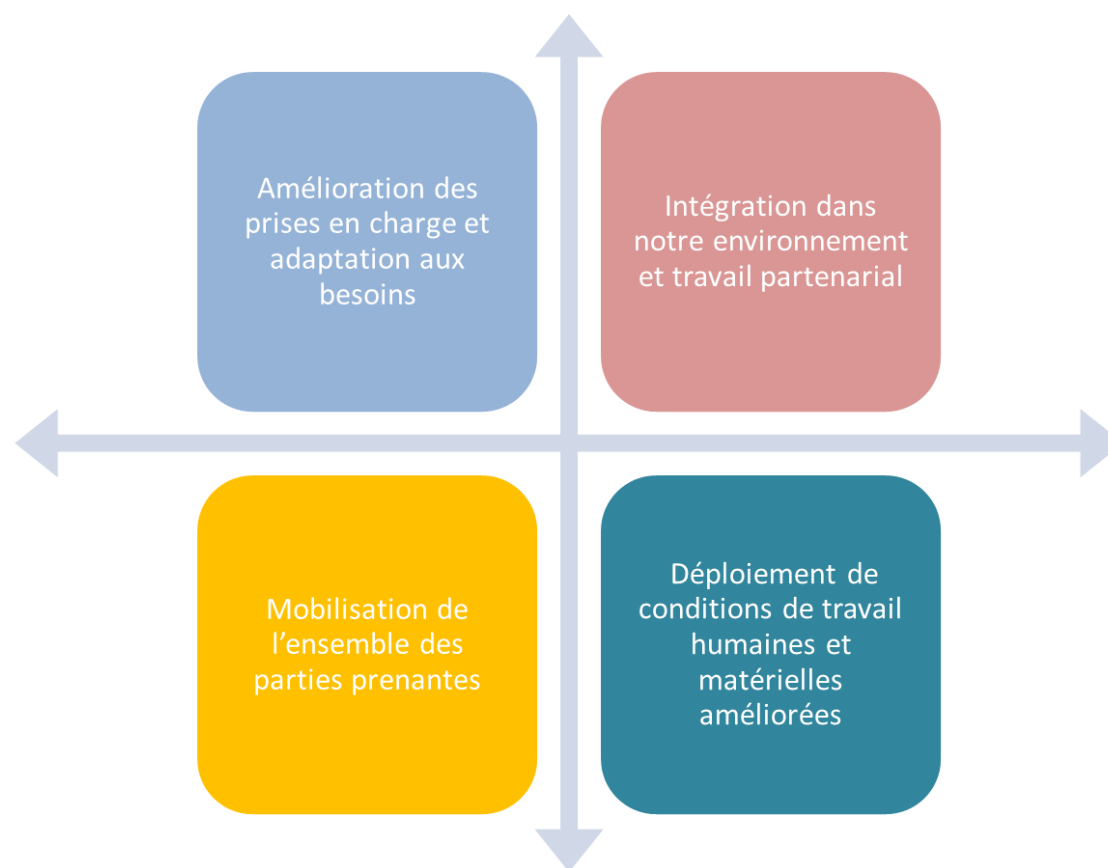
- 11 – Elaborer et faire vivre une politique d'animation partagée (EHPAD)
- 12 – Favoriser l'investissement interne et l'implication externe des parties prenantes
- 13 - Déployer une politique qualité partagée et investie par les acteurs

AXE 5 : Piloter le projet à l'appui d'une politique efficiente

- 14 - Développer et conforter la politique RSE
- 15 - Déployer une politique de MGRH permettant d'attirer et de fidéliser les personnels
- 16 - Définir une stratégie financière prospective et viable sur la durée
- 17 - Mettre en place et déployer une politique numérique plus structurée et communicante

### Un projet d'établissement structuré autour d'axes forts et structurants

- 1- Un accompagnement au plus près des besoins des usagers/patients en phase avec les évolutions observées
- 2- Une plus grande intégration dans l'environnement partenarial en vue de mieux mobiliser les ressources expertes existantes
- 3- Un cadre de travail amélioré répondant mieux aux attentes et aspirations des professionnels
- 4- La valorisation et la mobilisation des compétences de l'ensemble des acteurs en interne



## AXE 1

# Garantir les droits fondamentaux de la personne et la bientraitance

### ENJEUX

La culture professionnelle du respect de la personne, de son histoire, de sa dignité et de sa singularité doit être promue à partir de différentes dispositions, organisationnelles, managériales, matérielles. Elles permettent de valoriser la bientraitance et la qualité des pratiques professionnelles en réponse aux besoins repérés et exprimés par les résidents ou les patients de notre établissement et de prévenir toute forme de maltraitance.

Cette culture de la bientraitance doit être développée à partir de la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes dans un questionnement et une recherche continue d'adaptation des pratiques et du fonctionnement, au bénéfice des résidents, des patients, de leurs proches.

Par ailleurs, le Conseil de la Vie Sociale, diverses instances, modalités d'expression et outils existent et doivent être renforcés pour rendre effective la participation des personnes accompagnées et garantir le respect de leurs droits.

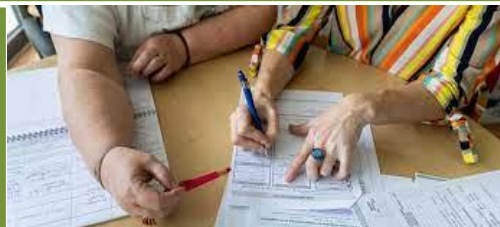
### LES OBJECTIFS

Déployer et animer avec les parties prenantes une culture de bientraitance en lien avec les recommandations existantes



Réécrire dans un cadre participatif les outils de la loi 2002-2

Renforcer la démarche de projets personnalisés



Adapter l'architecture et les matériels aux besoins des personnes (SMR)

<b>AXE 1</b>	<b>Garantir les droits fondamentaux de la personne et la bientraitance</b>
Fiche-action n°1	<i>Déployer et animer avec les parties prenantes une culture de bientraitance en lien avec les recommandations existantes</i>

## CONSTATS

- La structuration, les objectifs et les moyens de la référence « bientraitance » ne sont pas formalisés
- Les équipes ne sont pas encore assez familiarisées avec le cadre et les outils légaux de la bientraitance, notamment les RBPP HAS. Les équipes appliquent les grands principes de la loi 2002-2 mais sans s'y référer explicitement
- Il n'y a pas de comité d'éthique interne à l'établissement car celui-ci a fait le choix d'intégrer un comité territorial (CEIE)

## ENJEUX

- Impulser la bientraitance dans ses valeurs et ses actions auprès des professionnels de tout l'établissement.
- Prévenir les risques de maltraitance et renforcer la qualité de la prise en charge
- Faire vivre la réflexion éthique

## OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES

## ECHEANCE

### 1. Intégrer la bientraitance dans une dynamique d'établissement

2025

- Travailler en équipe sur « ce qu'est la bientraitance au quotidien »
- Renforcer les actions de formation et de sensibilisation pour les professionnels (présence sur le terrain de la responsable qualité et des référentes bientraitances, organisation de temps ludiques...)
- Actualiser la charte de la bientraitance établissement de façon participative et collaborative

### 2. Prévenir les risques de maltraitance

2025

- Mettre à jour la cartographie des risques de maltraitance via la mise en place d'un groupe de travail dédié sur ce sujet
- Faciliter et sécuriser les remontées et le traitement des événements indésirables et des signalements

### 3. Faire vivre la réflexion éthique

2025

- Nommer une référence éthique ayant le DU éthique
- Créer un « café éthique interne » (en parallèle du CEIE qui reste l'instance formelle)

## ACTEURS IMPLIQUES / PILOTE

- **Pilote** : référentes bientraitance et référente éthique en lien avec la responsable qualité
- **Acteurs impliqués** : équipes

## INDICATEURS DE MISE EN PLACE

1. Actions de formation et de sensibilisation (à inscrire au PDC)
2. Rédaction, validation et diffusion d'une charte de bientraitance établissement
3. rédaction et harmonisation des fiches de missions « référence bientraitance » et « référence éthique »
4. Mise à jour de la cartographie des risques de maltraitance

## AXE 2

# Développer la visibilité de la structure et son ouverture à l'environnement

### ENJEUX

La politique de communication doit mieux valoriser l'identité et la reconnaissance du positionnement de l'établissement. A l'interne, d'une part, elle a pour but de fédérer les différents acteurs, agents ou public, en favorisant leur participation au projet commun, dans un climat de confiance. A l'externe, elle vise à faire connaître et valoriser les activités et les projets réalisés, à partir d'une image renouvelée et actualisée véhiculée par des outils de communication qui favorisent le rayonnement de notre structure qui doit être encore plus ouverte sur son environnement en mobilisant les ressources nécessaires, dans le cadre de partenariat à renforcer. Ainsi, l'impulsion de partenariats en SMR mieux structurés et suivis, en lien avec les structures partenaires, sur le contenu de l'accompagnement (autorisations, spécialisations) et ses modalités (SI partagé, imagerie...) constitue un enjeu majeur pour l'établissement.

### LES OBJECTIFS

Mettre en œuvre une communication lisible, positive et dynamique



Renforcer et animer les partenariats en lien avec le label « hôpital de proximité »

<b>AXE 2</b>	<b>Développer la visibilité de la structure et son ouverture à l'environnement</b>
<b>Fiche action n°2</b>	<i>Mettre en œuvre une communication lisible, positive et dynamique</i>

## CONSTATS

- L'offre de l'établissement est peu lisible de l'extérieur
- L'établissement manque de visibilité. Son nom peu adapté « maison de santé Le Divit » y contribue
- La politique de communication externe est peu développée
- L'établissement est peu accessible en transports

## ENJEUX

- Renforcer l'attractivité de l'établissement, veiller à déployer une image dynamique et positive
- Mieux faire connaître son axe sanitaire (SP, SMR)
- Accroître sa visibilité géographique et numérique, moderniser sa communication

OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES	ECHEANCE
<b>1. Mettre en valeur les compétences techniques du Divit et communiquer sur la qualité de la prise en charge</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Créer et animer des événements spécialisés sur la thématique des soins palliatifs</li> <li>○ Poursuivre le lien avec les partenaires, notamment les CME, renforcer les relations avec les médecins libéraux</li> </ul>	2025
<b>2. Faire de la « taille humaine » du Divit une force (proximité, réactivité, cohésion, facilités de travail)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Moderniser les offres d'emploi de l'établissement et accroître leur diffusion</li> <li>○ Structurer la communication interne: mieux coordonner et piloter la politique d'affichage physique et numérique de l'établissement, poursuivre ses temps institutionnels et les mettre en valeur</li> </ul>	2025
<b>3. Mieux faire connaître au grand public Le Divit, en faire un établissement « de référence »</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Engager une réflexion sur la lisibilité et l'harmonisation de l'appellation du Divit (« maison de santé, ét. de santé, .. »)</li> <li>○ Définir et mettre en œuvre une stratégie de communication cohérente via le recrutement d'un alternant en communication: renforcement de la présence médias, au sein des réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn), auprès des acteurs locaux (plaquettes de présentation, cartes de visite..)</li> </ul>	2026
<b>4. Développer l'ouverture du Divit sur l'extérieur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mettre en place des actions collectives de valorisation de l'établissement (dons du sang, participation à des événements locaux, expositions de photographies..)</li> <li>○ Engager une discussion auprès des pouvoirs publics pour favoriser son accessibilité (lignes de bus ou navettes)</li> </ul>	2027

## ACTEURS IMPLIQUES / PILOTE

- **Pilote** : direction
- **Acteurs impliqués** :
  - Objectif 1: médecin USP, coordonnatrice des soins, présidente CME
  - Objectif 2: coordonnatrice des soins, alternant communication, responsable qualité
  - Objectif 3: DRH, responsable qualité, coordonnatrice des soins
  - Objectif 4: animatrice (point 1)

## INDICATEURS DE MISE EN PLACE

1. Rédaction et validation d'un document de pilotage de la communication externe et interne, intégrant un rétroplanning, des actions et cibles de communication
2. Rédaction et validation d'offres d'emploi plus attractives et modernisées
3. Prise de rendez-vous avec les élus locaux concernant l'accessibilité du site
4. Mise en place d'un groupe pilote d'organisation des événements spécialisés

<b>AXE 2</b>	<b>Développer la visibilité de la structure et son ouverture à l'environnement</b>
<b>Fiche-action n°3</b>	<i>Renforcer et animer les partenariats en lien avec le label « hôpital de proximité »</i>

## CONSTATS

- Il est nécessaire d'ouvrir le champ des partenaires.
- La petite taille de l'établissement peut représenter un risque à terme
- L'établissement n'a pas d'imagerie; la sécurisation d'un partenariat privilégié en matière d'adressage (Ex: un numéro d'appel, un contact identifié, un accès direct..) est importante
- Les échanges/transmissions d'informations avec les établissements partenaires ne sont pas possibles, avec des SI non communicants et non interfacés
- L'établissement ne propose pas de soins de support, par ailleurs onéreux pour les patients

## ENJEUX

- Proposer une offre de prise en charge en SMR plus diversifiée pour nos patients
- Impulser des partenariats en SMR mieux structurés et suivis en lien avec les structures partenaires, sur le contenu de l'accompagnement (autorisations, spécialisations) et ses modalités (SI partagé, imagerie...).

## OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES

## ECHEANCE

### 1. Favoriser la fluidité du parcours de soins et diminuer le risque patient:

2026

- Créer un circuit d'imagerie efficient via un conventionnement avec les partenaires du territoire (cabinet libéral de radiologie, GHBS..)
- En lien avec le projet d'HDJ, réfléchir à la mise en place d'un parcours interne « actes de transfusion »
- Etablir une procédure d'admission sécurisée des patients qui viendraient du domicile
- Conventionner avec les acteurs de territoire (exemples: CCAS de Lorient et de Ploemeur, services de soins à domicile..) notamment pour préparer les sorties
- Conventionner avec l'EPSM pour répondre aux besoins en expertise en psychiatrie afin de sécuriser la prise en charge de nos patients en hospitalisation
- Faire davantage connaître les séjours de répit
- Renforcer les actions de promotion de la santé

2027

### 2. Engager une réflexion globale sur les consultations avancées:

- Psychiatrie
- Equipe mobile de gériatrie

## ACTEURS IMPLIQUES / PILOTE

- **Pilotes** : direction, coordinatrice des soins
- **Acteurs impliqués** : médecins

## INDICATEURS DE MISE EN PLACE

1. Nombre de conventionnements
2. Rédaction et validation d'une procédure patients venant du domicile
3. Mise en place de consultations avancées

## AXE 3

# Diversifier l'accompagnement pour mieux répondre aux besoins

### ENJEUX

L'établissement doit s'appuyer sur ses points forts pour pouvoir étendre son offre de service et ainsi mieux répondre aux besoins de nos patients et s'inscrire pleinement dans les orientations des politiques publiques en matière de santé. Notre équipe de soins palliatifs doit ainsi pouvoir se déployer afin d'aller au domicile des personnes. Du côté SMR, nous projetons de créer une hospitalisation de jour polyvalente permettant de renforcer les parcours patients et d'assurer la réponse à des besoins non couverts actuellement.

### LES OBJECTIFS

Développer l'accompagnement et l'accès à l'expertise en soins palliatifs à domicile



Développer des modalités de prise en charge plus souples et diversifiées via la création d'une HDJ

Développer des actions de promotion de la santé : dénutrition, hygiène bucco-dentaire, chutes...



Maintenir une prise en charge de qualité répondant aux besoins des patients au sein d'un parcours de soins cohérent

<b>AXE 3</b>	<b>Diversifier l'accompagnement pour mieux répondre aux besoins</b>
Fiche-action n°4	<i>Développer l'accompagnement et l'accès à l'expertise en soins palliatifs à domicile</i>

## CONSTATS

### En USP et EMASP :

- Plusieurs types d'accueil sont possibles: accueils en urgence, programmation du répit, accompagnement fin de vie complexe. La prise en charge de la douleur fait l'objet d'une forte attention. De nombreuses actions sont organisées: soins esthétiques, musicothérapie, médiation animale..
- Le lien avec l'équipe mobile est régulier
- L'équipe accompagne les familles dans le deuil sur une durée illimitée suivant les besoins
- Un « staff » territorial a lieu toutes les semaines, en présence du CHBS et de l'HAD. L'offre en soins palliatifs est fortement reconnue par les partenaires
- La sécurité du médicament est bien appréhendée et organisée. Une convention avec le CHBS existe en cas d'urgence le week-end

## ENJEUX

- Renforcer la qualité et la complétude de la prise en charge pour nos patients en situation palliative
- Asseoir le rôle de chef de file des soins palliatifs du Divit sur le territoire
- Devenir un centre de référence en soins palliatifs
- Étoffer l'offre de l'établissement

OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES	ECHEANCE
<b>2. Asseoir la structuration de l'équipe mobile de soins palliatifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Veiller à renforcer la fluidité de la circulation de l'information entre l'USP et l'équipe mobile.</li> <li>○ Engager une démarche de consolidation du projet</li> </ul>	2025
<b>2. Développer les soins palliatifs précoces, collaborer le plus en amont possible avec les équipes médicales, notamment en oncologie et renforcer certains actes (exemple: transfusions)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mettre en œuvre une HDJ soins palliatifs.</li> <li>○ Se positionner en complémentarité et en réponse aux besoins identifiés sur le territoire</li> </ul>	2026

## ACTEURS IMPLIQUES / PILOTE

- **Pilotes** : présidente du CME et coordonnatrice des soins
- **Acteurs impliqués** :  
Objectif 1: responsable qualité, équipes USP et équipe mobile  
Objectif 2: équipe mobile, DRH

## INDICATEURS DE MISE EN PLACE

1. Rencontre avec l'ARS pour présenter le projet (demande d'autorisation, demande de financements complémentaires)
2. Rédaction et validation de la demande d'autorisation.
3. Rédaction et validation d'un processus d'intégration des nouveaux professionnels de l'équipe mobile.

**AXE 3****Diversifier l'accompagnement pour mieux répondre aux besoins****Fiche-action n°5**

*Développer des modalités de prise en charge plus souples et diversifiées via la création d'une HDJ en SMR*

**CONSTATS**

- Le SMR est polyvalent. Il répond aux besoins des patients et est complémentaire à l'offre territoriale existante. Il est vu comme qualitatif par nos partenaires
- Le patient est pris en charge dans sa globalité. Les volets rééducatifs, médicaux, nutritionnels, sociaux et psychologiques sont travaillés en coordination
- Les professionnels accordent de l'importance au temps dans les prises en charge (attribut d'un établissement SMR)

**ENJEUX**

- Dans le cadre du passage de SSR en SMR, le conventionnement ou la création d'un HDJ est attendue.
- La réflexion sur ce parcours de soin est une opportunité pour mieux répondre aux besoins des patients et renforcer l'attractivité du Divit.

**OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES****ECHEANCE**

**1. Créer une HDJ SMR polyvalente, complémentaire à l'offre du territoire, permettant le développement d'actes**

2026

- Réaliser l'étude de besoins et de faisabilité en interne et en externe
- Engager un benchmark afin d'analyser les possibilités et contraintes existantes (visites de terrain)
- Rédiger un projet de service (objectifs)
- Dans un second temps :
  - Etablir un cahier des charges visant à définir les besoins en investissements (locaux, matériels..) et en ressources humaines (profils, organisation, liens avec l'existant) afin de le présenter à l'ARS
  - Communiquer sur la filière mise en place.

2028

**2. Dans ce contexte de création d'une HDJ SMR nécessitant des locaux adaptés, engager une réhabilitation plus large du SMR**

- Ecrire un cahier des charges de rénovation des locaux du SMR intégrant des chambres avec douches individuelles
- Budgétiser ces travaux et asseoir leur financement
- Dans un second temps, réfléchir à la création d'une nouvelle aile.

**ACTEURS IMPLIQUES / PILOTE**

▪ **Pilotes:**

Objectif 1 : présidente du CME et coordinatrice des soins

Objectif 2: direction

▪ **Acteurs impliqués :**

Équipes du SMR

Responsable qualité

DRH

**INDICATEURS DE MISE EN PLACE**

1. Rédaction et validation d'un projet de service HDJ SMR
2. Rédaction et validation d'un cahier des charges HDJ SMR
3. Rédaction et validation d'un cahier des charges budgétisé de rénovation des locaux du SMR

## AXE 4

# Renforcer l'implication et la participation et la coordination des parties prenantes

### ENJEUX

L'animation et la vie sociale contribuent à part entière à l'accompagnement et aux soins des personnes accueillies, à partir d'un service dédié à l'animation, riche en propositions et initiatives. Au-delà d'une succession d'activités intégrées dans des emplois du temps, il s'agit de promouvoir une démarche globale impliquant toutes les parties prenantes : agents, personnes accueillies, proches et les bénévoles.

Nous avons ainsi pour ambition de renforcer le rôle et l'implication de l'ensemble des parties prenantes dans la structure, de favoriser la prise de décisions répondant aux besoins des personnes accompagnées en élargissant le spectre des acteurs impliqués dans les réflexions et la formulation de propositions au sein de la structure

En matière de qualité, l'enjeu consiste à déployer un management intégré de la qualité pour être plus efficaces dans l'organisation de l'établissement, donner du sens aux processus, et adapter les pratiques aux objectifs et risques. L'objectif est de veiller à l'acculturation et l'appropriation de la démarche d'amélioration continue et de la maîtrise des risques par l'ensemble des professionnels.

### LES OBJECTIFS



Déployer une politique qualité partagée et investie par les acteurs

Elaborer et faire vivre une politique d'animation partagée (EHPAD)



Favoriser l'investissement interne et l'implication externe des parties prenantes

**AXE 4**
**Renforcer l'implication et la participation et la coordination des parties prenantes**
**Fiche-action n°6**
**Elaborer et faire vivre une politique d'animation partagée**
**CONSTATS**

- Même si l'offre d'animations est riche et variée, elle manque de visibilité car il n'y a pas de projet d'animation, ni de programme d'animation qui présenterait les actions envisagées. De même, le budget consacré est assez faible.
- La politique d'animation n'est pas assez portée, relayée, par les professionnels de l'établissement en soutien de l'animatrice. De même, les familles/l'entourage, ne sont pas assez impliqués dans la réflexion autour des animations et dans leur mise en œuvre
- L'établissement est isolé géographiquement, éloigné du centre-ville, avec pas de moyens de transport en propre. Il n'est, dans cette logique, pas assez ouvert et intégré dans son environnement immédiat (ex: CCAS...)

**ENJEUX**

- Améliorer la qualité de vie des résidents de l'EHPAD à travers une offre d'animation ciblée et ambitieuse
- Elaborer et faire vivre une véritable politique d'animation adaptée aux besoins des personnes accompagnées
- Renforcer le rôle et l'implication de l'ensemble des parties prenantes dans la politique d'animation

**OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES**
**ECHEANCE**

- |   |      |
|---|------|
| <b>1. Définir une politique d'animation pour l'EHPAD, décliné dans un programme annuel puis hebdomadaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solliciter le CVS et un groupe de professionnels afin d'identifier les thématiques prioritaires et les principes d'action</li> <li>○ Rédiger le projet</li> </ul>   | 2025 |
| <b>2. Mettre en place une commission animation composée de l'ensemble des parties prenantes</b> (professionnels dont animatrice, personnes accompagnées, familles) à qui sera présenté un bilan annuel et dont le rôle sera de valider le programme de l'année à venir <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rédiger un règlement de fonctionnement synthétique</li> <li>○ Elaborer les outils d'animation : trames types de réunion et de compte rendu</li> </ul>   | 2025 |
| <b>3. Mettre en place une organisation de travail favorisant l'implication des équipes dans les animations en faveur des résidents et notamment le week-end</b> en définissant à l'avance des créneaux et les professionnels impliqués <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identifier, dans le cadre d'une enquête interne, les souhaits et compétences de chacun en terme d'animation</li> <li>○ Développer/mobiliser des outils/animations adaptés aux capacités des résidents</li> <li>○ Former les professionnels</li> </ul>   | 2025 |
| <b>4. Favoriser les partenariats extérieurs et la mobilisation de partenaires pour la mise en œuvre du projet d'animation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ouvrir certaines activités/animations aux patients du SMR, à définir en fonction des activités (ex: spectacle, kermesse...)</li> <li>○ Proposer des activités et des animations pour des personnes extérieures à l'établissement(ex: repas, ateliers...) en lien avec la mairie de Ploemeur (CCAS)</li> <li>○ Favoriser la mobilisation d'acteurs extérieurs pour assurer des animations en interne</li> </ul> | 2026 |
| <b>5. Mobiliser des ressources extérieures pour renforcer le budget animation et les moyens consacrés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identifier les financeurs potentiels, mener une veille active</li> <li>○ Monter des projets d'animation innovants – par exemple centrés sur l'intergénérationnel – afin de lever des fonds</li> <li>○ Faire appel au bénévolat et à des jeunes en service civique</li> </ul>   | 2026 |

## AXE 4

Renforcer l'implication et la participation et la coordination des parties prenantes

## Fiche-action n°6

Elaborer et faire vivre une politique d'animation partagée

## ACTEURS IMPLIQUES / PILOTE

- **Pilote(s)** : Animatrice de l'EHPAD et IDECO EHPAD
- **Acteurs impliqués**
  - Future commission animation
  - CVS
  - Acteurs partenaires

## INDICATEURS DE MISE EN PLACE

1. Rédaction et validation d'un document consacré à la politique d'animation
2. Mise en place de la commission animation et de son mode opératoire (règlement de fonctionnement)
3. Elaboration de la trame des outils : programme d'animation, compte-rendu type de réunion, liste des animations et des compétences attendues, trame d'enquête auprès des professionnels...
4. Définition d'un programme de formation
5. Mise en place d'une convention de partenariat avec le CCAS de Ploemeur (et d'autres partenaires identifiés)
6. Elaboration d'une liste de financeurs potentiels

<b>AXE 4</b>	<b>Renforcer l'implication, la participation et la coordination des parties prenantes</b>
<i>Fiche-action n°7</i>	<i>Favoriser l'investissement et la participation des parties prenantes</i>

### CONSTATS

- Les familles/l'entourage, ne sont pas assez impliqués, notamment dans la réflexion autour des animations et dans leur mise en œuvre
- Les représentants des usagers sont très peu connus au sein de l'établissement.
- Le CVS n'est pas investi par les résidents de l'EHPAD
- Peu de bénévoles interviennent dans la structure
- La démarche d'amélioration continue de la qualité est peu investie par les professionnels

### ENJEUX

- Renforcer le rôle et l'implication de l'ensemble des parties prenantes dans la structure
- Favoriser la prise de décisions répondant aux besoins des personnes accompagnées
- Elargir le spectre des acteurs impliqués dans les réflexions et la formulation de propositions au sein de la structure

OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES	ECHEANCE
<b>1. Développer l'implication des résidents et des familles au sein du CVS (EHPAD)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elargir la réunion préparatoire au CVS en y invitant les familles (comme actuellement) et les résidents</li> <li>○ Réaliser des enquêtes plus régulières pour faire remonter les besoins</li> <li>○ Optimiser les informations autour du CVS (qualité et emplacement des affichages, comptes-rendus en mode « FALC » plus accessibles pour certains usagers, affichage et transmission des comptes-rendus...)</li> <li>○ Donner la possibilité aux familles de participer aux réunions en visioconférence</li> <li>○ Accompagner la réalisation d'un projet spécifique pour les usagers</li> </ul>	2025
<b>2. Promouvoir l'implication des usagers/familles/professionnels dans la politique d'animation via la création d'une commission dédiée (cf. fiche action n°6)</b>	2025
<b>3. Mieux faire connaître les instances existantes et leur fonctionnement aux patients</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Réaliser des enquêtes régulières pour faire remonter les besoins</li> <li>○ Améliorer la diffusion de l'information sur les RU (patients et professionnels) et sur les associations impliquées</li> <li>○ Mieux communiquer sur le processus des plaintes et réclamations</li> </ul>	2025
<b>4. Renforcer les liens entre les différentes catégories d'acteurs, la cohésion interne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Organiser une réunion conviviale annuelle familles-résidents à la rentrée (ex: BBQ des familles)</li> <li>○ Poursuivre la politique de mobilisation de la presse/radio locales pour relayer les événements internes, réaliser un dossier presse « type »</li> <li>○ Mobiliser la page Facebook de la structure et utiliser l'application Famileo à partir d'un compte établissement</li> <li>○ Réaliser des expériences croisées entre les différentes professions de la structure (ex: Vis ma vie, minute métier...)</li> </ul>	2026
<b>5. Développer l'implication des associations de bénévoles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identifier les acteurs en présence dans l'environnement, les besoins de la structure et définir une stratégie d'approche appropriée</li> <li>○ Conclure des conventions avec les acteurs identifiés</li> </ul>	2026
<b>6. Renforcer l'implication et la participation des professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Développer leur implication dans les groupes de travail et les commissions/instances (dont la CDU) en mobilisant mieux les outils de communication internes</li> <li>○ Favoriser l'appropriation de la DACQ par les professionnels et lui donner plus de sens : nomination de référents pour certaines actions du PACQ, mise en place des « cafés qualité » par service, une réunion annuelle avec un bilan des actions menée</li> </ul>	2026

<b>AXE 4</b>	<b>Renforcer l'implication et la participation et la coordination des parties prenantes</b>
<i>Fiche-action n°7</i>	<i>Favoriser l'investissement et la participation des parties prenantes</i>

## CONSTATS

- Les familles/l'entourage, ne sont pas assez impliqués, notamment dans la réflexion autour des animations et dans leur mise en œuvre
- Les représentants des usagers sont très peu connus au sein de l'établissement. Le CVS n'est pas investi par les résidents de l'EHPAD
- Peu de bénévoles interviennent dans la structure
- La démarche d'amélioration continue de la qualité est peu investie par les professionnels

## ACTEURS IMPLIQUES / PILOTE

- **Pilotes :** Représentants des usagers et du CVS, animatrice, responsable qualité
- **Acteurs impliqués**
  - Instances représentatives des usagers : CVS et CDU
  - COPIL qualité
  - L'ensemble des parties prenantes en interne : usagers-résidents/familles/professionnels/associations de bénévoles

## INDICATEURS DE MISE EN PLACE

1. Elaboration du projet des usagers
2. Elaboration des supports : compte rendu type CVS en mode FALC, support d'enquêtes internes,
3. Déploiement de la politique et des outils de communication identifiés (Familéo, page Facebook, communiqués de presse...)
4. Mise en place de la commission animation et de son mode opératoire (règlement de fonctionnement)
5. Réalisation des enquêtes auprès des cibles identifiées en interne
6. Mise en place de la réunion annuelle des familles
7. Réalisation des expériences croisées entre professionnels
8. Recrutement des jeunes en service civique
9. Mise en place d'une cartographie des acteurs bénévoles de l'environnement
10. Signature des conventions avec les associations de bénévoles
11. Evolution de la participation des professionnels aux groupes de travail

**AXE 4**
**Renforcer l'implication et la participation et la coordination des parties prenantes**
**Fiche-action n°8**
**Déployer une politique qualité partagée et investie par les acteurs**
**CONSTATS**

- La politique d'amélioration continue de la qualité bien structurée à l'appui d'une cartographie des processus, d'un comité qualité (CGQPR), d'un logiciel de GED, d'enquêtes de satisfaction régulières et d'un plan d'action qualité très complet présentant les actions à réaliser/réalisées, les échéances, les pilotes. Mais, elle reste portée par les cadres, avec une faible appropriation des équipes
- Le PACQ est certes complet mais peu lisible et pas assez synthétique

**ENJEUX**

- Conforter « la qualité de prise en charge » et la « maîtrise des risques » comme leitmotiv de l'établissement.
- Répondre au mieux à la satisfaction des patients, usagers, familles, professionnels, tutelles par une démarche d'amélioration continue des pratiques
- Déployer un management intégré de la qualité pour être plus efficaces dans l'organisation de l'établissement, donner du sens aux processus, et adapter les pratiques aux objectifs et risques.
- Veiller à l'acculturation et l'appropriation de la démarche d'amélioration continue et de la maîtrise des risques par l'ensemble des professionnels

**OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES**
**CALENDRIER**
**1. Au-delà des instances, outils, cadrages déjà existants, renforcer la communication auprès des salariés et faire davantage de liens avec le terrain par différents canaux: écrit, digital, logiciel oral.**
**2025**

- Favoriser l'appropriation de la démarche d'amélioration continue de la qualité par la mise en place d'actions ludiques et pratiques: quiz, jeux de cartes, « cafés papote qualité » dans les services, ..
- Valoriser l'existant et les pratiques des professionnels, faire le lien avec la démarche qualité.
- Mettre en place une méthodologie de simplification des procédures, alléger la documentation diffusée et l'accompagner d'une information orale.
- Paramétrer le nouveau logiciel qualité afin de le rendre plus lisible et simple d'accès.

**2. Permettre une meilleure compréhension des risques et engager une démarche collective sur la maîtrise des risques**
**2025**

- Réviser la cartographie des risques
- Développer les formations internes et les actions de sensibilisation (exemple: une thématique par mois) en présence des référents et de la responsable qualité.
- Protocoliser la sensibilisation au sein des parcours d'intégration des nouveaux salariés recrutés en CDI (qualité, incendie, médicament, hygiène, douleur, identité..)
- Mettre à jour la procédure de situation sanitaire exceptionnelle
- Consolider la gestion des risques liés au numérique (cybersécurité)

**ACTEURS IMPLIQUES / PILOTE**

- **Pilote** : Responsable qualité
- **Acteurs impliqués** :cadre de santé, DRH, chefs de service, COPIL « cartographie des risques »

**INDICATEURS DE MISE EN PLACE**

1. Rédaction et validation d'un plan d'actions de vulgarisation et de communication
2. Rédaction et validation d'une méthodologie de simplification des procédures
3. Mise à jour de la cartographie des risques, cotée
4. Création d'un protocole de sensibilisation à la qualité et la maîtrise des risques (nouveaux salariés et salariés du Divit)
5. Mise à jour de la procédure de situation sanitaire exceptionnelle
6. Mise à jour de la procédure de gestion des risques informatiques

## AXE 5

# Piloter le projet à l'appui d'une politique efficiente

### ENJEUX

La direction de l'établissement a mis en place une politique volontariste en matière de ressources humaines, de qualité et gestion des risques, d'outils informatiques, de formations et sensibilisation de l'ensemble des agents. L'enjeu consiste d'une part à poursuivre la démarche pour répondre à l'ensemble des exigences et recommandations, en matière de formation, de prévention et gestion des risques, de sécurisation des données, de qualité des soins et de l'accompagnement, de pilotage et continuité de l'activité. En matière de pilotage de l'activité, la stratégie des ressources humaines permet à l'établissement de s'adjoindre les compétences indispensables à ses missions, de veiller par un management de proximité à leur bonne intégration et leur fidélisation, malgré les métiers en tensions et le contexte sociétal relatif au travail. Les enjeux de fidélisation des ressources, de sécurité de politique environnementale sont au cœur des préoccupations de l'établissement.

Par ailleurs, l'environnement de vie et de travail sur un site rassemblant de nombreuses personnes nécessite de se préoccuper de l'empreinte écologique de l'activité déployée dans le souci de continuer à agir dans le respect de l'environnement et la préservation des ressources. Ainsi, diverses démarches sont déjà intégrées dans le fonctionnement de l'établissement telles que par exemple la mobilisation de certaines filières de recyclage, le tri des déchets, ou encore la mise en place de circuits courts pour les repas confectionnés sur place.

### LES OBJECTIFS



Déployer une politique de MGRH permettant d'attirer et de fidéliser les personnels

Définir une stratégie financière plus dynamique et viable sur la durée



Développer et conforter la politique RSE

Mettre en place et déployer une politique numérique plus structurée et communicante



<b>AXE 4</b>	<b>Piloter le projet à l'appui d'une politique efficiente</b>
<i>Fiche-action n°9</i>	<i>Développer et conforter la politique RSE</i>

## CONSTATS

- L'établissement utilise certaines filières de recyclage et souhaite renforcer cet axe
- L'établissement mobilise des ESAT pour l'archivage et assurer l'entretien des espaces verts
- Un abri vélos et des recharges VAE ont été créés
- Les repas sont confectionnés sur place et adaptés aux besoins des résidents et patients. L'établissement a introduit des circuits courts. Une réflexion sur le gaspillage alimentaire est en cours (GT alimentation)
- Cependant :
  - L'établissement ne respecte pas la loi Egalim (objectifs circuits courts, bio) et constate du gâchis alimentaire.
  - La politique RSE de l'établissement n'est pas valorisée.

## ENJEUX

- Affirmer une forte identité RSE et conforter les actions en ce sens
- Agir sur les questions d'énergie, de gestion durable des déchets
- Se conformer à la loi Egalim

## OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES

## ECHEANCE

1. **Conforter la mise en application des trois piliers du développement durable (économie, social, écologie)** 2027
  - Créer une cellule « développement durable » chargée du suivi des actions et de la sensibilisation des professionnels.
  - Mettre en place un groupe de travail « déchets et énergie » chargé d'évaluer l'existant et de faire des propositions sur le circuit des différents déchets, la lutte contre le gâchis alimentaire, les consommations d'énergie, le développement des alternatives renouvelables.
  - Développer les prestations intégrant des clauses sociales (ESAT, insertion par l'activité économique..)

## ACTEURS IMPLIQUES / PILOTE

- **Pilote** : Directeur
- **Acteurs impliqués** :
  - Cellule « développement durable »
  - Groupes de travail « déchets et énergie » et « alimentation »

## INDICATEURS DE MISE EN PLACE

1. Création d'une cellule développement durable
2. Création d'un GT déchets et énergie
3. Rédaction et validation d'un protocole d'intégration des clauses sociales

<b>AXE 5</b>	<b>Piloter le projet à l'appui d'une politique efficiente</b>
<b>Fiche-action n°10</b>	<i>Déployer une politique de MGRH permettant d'attirer et de fidéliser les personnels</i>

## CONSTATS

- La rotation des ressources humaines s'accroît, un manque de stabilité est observé, cela complexifie les prises en charge,
- L'organisation des ressources humaines a pu être fragilisée suite à de nombreux départs
- En phase avec les tendances dans le secteur sanitaire et médico-social, il est difficile d'attirer, d'intégrer et de fidéliser les nouvelles ressources
- La dimension d'accueil et d'intégration des ressources humaines revêtent une importance fondamentale, elles ne sont pas assez structurées en interne

## ENJEUX

- Disposer de ressources humaines compétentes et motivées pour prendre en charge les résidents
- Fidéliser les ressources dans la durée
- Structurer et entretenir une dynamique d'équipe et un climat social favorable

## OBJECTIFS ET ACTIONS ASSOCIEES

## ECHEANCE

- 1. Définir une politique d'accueil/intégration pour les nouveaux professionnels, avec :** 2025
  - Un livret d'accueil papier et numérique (livret unique pour les professionnels et, pour les stagiaires un livret avec une base commune et des déclinaisons par type de structures en interne) => Possibilité de mobiliser des stagiaires école pour l'élaboration de la charte graphique et du maquettage des livrets
  - Un parcours d'accueil : visite structure, remise du livret d'accueil, transmission des codes informatiques...
  - Des entretiens réguliers avec les personnels
    - Un entretien entre le directeur de la structure et les salariés en CDI à la fin de période d'essai
    - Un entretien « points d'étape » mensuel, les 3 premiers mois- entre salariés et responsable
    - Un entretien entre le directeur de la structure et les salariés en CDI qui démissionnent afin de comprendre les motifs et d'en tenir compte autant que faire se peut dans la politique RH
  - Un système de parrainage pour les nouveaux embauchés : sollicitation du parrain/marraine (« anciens salariés ») autant que de besoin et réunions régulières dans le cadre du parcours d'intégration pour faire des points réguliers et faire remonter d'éventuelles problématiques
- 2. Déployer une culture d'établissement afin de renforcer le sentiment d'appartenance** 2025
  - Participation à des activités/actions communes (ex: course littorale 56...)
  - Distribuer aux personnels des goodies/objets sponsorisés
  - Renforcer les temps conviviaux et informels (ex: repas, galette, restaurants, BBQ, kermesse...)
  - Communiquer sur les actions entreprises dans le cadre d'une réunion annuelle et via les supports internes (ex: TV...)
  - Constituer régulièrement des équipes sportives pour participer des évènements du territoire.
- 3. Mettre en place et animer une politique QVCT** 2026
  - Prévoir une enquête interne pour définir les besoins visant à une meilleure qualité de vie au travail
  - Mettre en place un plan d'actions en réponse aux besoins identifiés
  - Envisager la mise en place d'une offre de service « relaxation/détente » (ex: massages relaxants...) à l'appui de compétences à identifier en interne et/ou en externe
- 4. Mobiliser des leviers financiers complémentaire à ceux existant :** 2027
  - Renforcer l'implication de l'établissement au sein des instances représentatives nationales (FEHAP, URIOPSS..)
- 5. Renforcer la politique de formation/montée en compétence** 2027
  - Renforcer l'offre de formation en collectif sur les thématiques prioritaires
  - Déployer davantage de formations dans un cadre pluri-professionnel

## AXE 4

### Piloter le projet à l'appui d'une politique efficiente

#### Fiche-action n°10

*Déployer une politique de MGRH permettant d'attirer et de fidéliser les personnels*

## CONSTATS

- La rotation des ressources humaines s'accroît, un manque de stabilité est observé, cela complexifie les prises en charge,
- L'organisation des ressources humaines a pu être fragilisée suite à de nombreux départs
- En phase avec les tendances dans le secteur sanitaire et médico-social, il est difficile d'attirer, d'intégrer et de fidéliser les nouvelles ressources
- La dimension d'accueil et d'intégration des ressources humaines revêtent une importance fondamentale, elles ne sont pas assez structurées en interne

## ACTEURS IMPLIQUÉS / PILOTE

- **Pilote(s) :** Responsable RH
- **Acteurs impliqués :**
  - Direction
  - Responsables de service
  - Professionnels avec ancienneté (parrains et marraines)

## INDICATEURS DE MISE EN PLACE

1. Elaboration des livrets d'accueil (base commune et déclinaison par structures)
2. Rédaction de la procédure d'accueil : phases, étapes, rôle de chaque acteur...
3. Signature de conventions de partenariats avec des écoles (stagiaires)
4. Identification des parrains/marraines et rédaction d'une charte du parrainage
5. Achat des « goodies » et autres objets sponsorisés
6. Déploiement de l'enquête QVCT
7. Production d'un programme des événements internes/temps informels
8. Mise en place de l'offre de service relaxation
9. Mise en place de l'offre relaxation/détente

## 8 • LE PILOTAGE DU PROJET ET DES FICHES ACTIONS

Notre projet d'établissement sera piloté par un comité de pilotage. Sa composition est calquée sur celle du comité de pilotage qui a suivi et validé le projet d'établissement dans sa phase d'élaboration.

Son rôle sera de s'assurer du bon avancement des actions figurant dans notre projet d'établissement dans le cadre de réunions semestrielles.

## 9• ANNEXES

### » Glossaire

AJ : Accueil de Jour

APA : Allocation Personnalisée Autonomie

ASH : Aide Sociale à l'hébergement

CDU : Commission des Usagers CDU

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CME : Commission Médicale de l'Etablissement

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriales de Santé

CRT : Centre de Ressources territorial

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers

CVS : Conseil de la Vie Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EI : Evénement Indésirable

EIG : Evénement Indésirable Grave

EIGS : Evénement Indésirable Grave lié aux Soins

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HDJ : Hôpital de Jour

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Projet Régional de Santé

PUI : Pharmacie à Usage interieur

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

QVCT : Qualité de Vie et Conditions de Travail

RH : Ressources Humaines

SI : Système d'information

SWOT : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunités (opportunités), Threats (menaces)