

PROJET D'ETABLISSEMENT 2015-2019



Centre de Gérontologie Les Abondances

25 Novembre 2015

PREAMBULE

Le Centre de Gériatrie "Les Abondances" de Boulogne-Billancourt est un établissement public de santé dédié au grand-âge. A ce jour, il comprend :

- 110 lits de soins de longue durée (USLD), accueillant des patients poly-pathologiques et dépendants,
- 30 lits d'hospitalisation complète de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR),
- 5 places d'Hôpital de jour SSR,
- 120 lits d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD),
- Un PASA (Pôle d'Activités et de Soins adaptés) pour les résidents de l'EHPAD atteints par la maladie d'Alzheimer,
- 12 places d'Accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie Alzheimer et troubles apparentés,
- une Unité d'Evaluation et d'Orientation gérontologiques (UEOG),
- Une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés
- 190 places de Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

L'établissement fait partie du **territoire des Hauts-de-Seine Centre** de la région Ile-de-France. Ce territoire se caractérise par une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans supérieure à la proportion régionale (7% au dernier recensement INSEE de 1999, comparée à 5,8%) et des projections démographiques à l'horizon 2020 qui anticipent une croissance forte de cette population.

Le projet d'établissement 2015/2019 vise à définir les **axes de développement de l'établissement dans un contexte général de vieillissement de la population**, et à envisager les adaptations nécessaires face à l'évolution des besoins de la population du territoire et à l'incontournable maîtrise des coûts.

Les axes développés ci-après s'inscrivent dans une **démarche globale et transversale visant la performance globale de nos pratiques et organisations** (réduction des risques, qualité du dialogue social, rapport de l'organisation avec son territoire, attractivité pour de futurs embauchés, amélioration des relations avec les entreprises, les fournisseurs, les pairs, la communauté au sein de laquelle elle intervient, productivité...).

Sommaire

DIAGNOSTIC ET CONTEXTE	5
I. DIAGNOSTIC : BILAN DU PRECEDENT PROJET D'ETABLISSEMENT ET POSITIONNEMENT DU CGA DANS L'OFFRE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE DE SON TERRITOIRE	5
A. <i>Bilan du précédent projet d'établissement 2009-2014</i>	5
B. <i>En 2015, le CGA apparaît comme un acteur gérontologique majeur sur le territoire des Hauts de Seine Centre</i>	7
II. CONTEXTE : LE CADRE FIXE PAR LES AUTORITES DE TUTELLE ET LES ATTENTES DE LA POPULATION LOCALE	12
A. <i>Le cadre fixé par les autorités de tutelle : Agence Régionale de Santé, Département et Ministère des Affaires sociales</i>	12
B. <i>Les attentes de la population locale :</i>	16
DIAGNOSTIC GENERAL – SYNTHESE.....	20
PROJET MEDICAL	21
I. ORIENTATIONS GENERALES.....	21
II. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	21
A. <i>Développer les activités ambulatoires</i>	21
B. <i>Développer les activités de prévention et d'éducation thérapeutique</i>	22
C. <i>Développer les activités d'hospitalisation gériatrique spécialisées répondant aux priorités définies par le SROS</i>	22
D. <i>Développer les Projets transversaux</i>	23
E. <i>Projet de pôle médico-technique</i>	24
III. DEVENIR UN ACTEUR GERIATRIQUE MAJEUR DE LA NOUVELLE FILIERE GERIATRIQUE ET DU FUTUR GHT DU 92 CENTRE.....	24
A. <i>La filière gériatrique du 92 Centre</i>	24
B. <i>Le futur Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)</i>	25
PROJET DU DEPARTEMENT MEDICO-SOCIAL	27
I. CONSOLIDER ET AMELIORER LES DIFFERENTS SERVICES MEDICO-SOCIAUX DU CGA.	27
A. <i>Répondre aux trois priorités fixées à l'EHPAD des Abondances par sa nouvelle convention tripartite</i>	27
B. <i>Optimiser le fonctionnement du SSIAD et diversifier son offre</i>	29
C. <i>Conforter l'Accueil de Jour et la Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants</i>	30
II. CONFORTER LE POSITIONNEMENT DU DEPARTEMENT MEDICO-SOCIAL DU CGA SUR LE TERRITOIRE DE LA MAIA 92 CENTRE.....	30
A. <i>Renforcer les partenariats avec les autres acteurs médico-sociaux</i>	30
B. <i>Développer des projets innovants dans le cadre de la Loi d'adaptation de la société au Vieillessement : Ehpads à domicile, SPASAD et/ou Résidence seniors</i>	31
C. <i>Mettre en œuvre le projet de rattachement de l'EHPAD du ROUVRAY de l'ONAC</i>	31
PROJET DE VIE SOCIALE ET CULTURELLE.....	33
I. LES OBJECTIFS DU SERVICE	33
II. LES REponses EN TERMES D'ANIMATION	33
III. L'ORGANISATION DE LA VIE SOCIALE ET CULTURELLE AUX ABONDANCES	35
IV. LES PARTENARIATS.....	36
PROJET QUALITE / GESTION DES RISQUES.....	37
I. BILAN DE L'EXISTANT	37
A. <i>La mise en place de la qualité et gestion des risques</i>	37
B. <i>Les cycles de la certification/évaluation et leurs résultats</i>	38
II. PILOTAGE DU PROJET QUALITE/GESTION DES RISQUES	39
III. LE PROJET QUALITE/GESTION DES RISQUES.....	39
A. <i>Respect des droits des patients/résidents</i>	40
B. <i>Qualité sécurité des soins et gestion des risques</i>	41
C. <i>Poursuite de la dynamique d'évaluation</i>	42
PROJET DE SOINS / SECURITE DES SOINS	43
I. LE CADRE JURIDIQUE.....	43
II. LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL.....	44
A. <i>Evolution des activités et offre de soins : des projets fédérateurs</i>	44
B. <i>Travaux d'humanisation de l'USLD</i>	44
PROJET DU SYSTEME D'INFORMATION.....	49
PROJET SOCIAL.....	55

I.	RAPPEL DE LA DEFINITION DU PROJET SOCIAL.....	55
II.	METHODOLOGIE	55
A.	<i>Bilan du projet social 2010-2014.....</i>	<i>55</i>
B.	<i>Elaboration du projet.....</i>	<i>55</i>
C.	<i>Méthode.....</i>	<i>55</i>
III.	LES GRANDS AXES DE REFLEXION DU PROJET SOCIAL	56
A.	<i>Bilan du précédent projet social 2010-2014.....</i>	<i>56</i>
B.	<i>Orientations 2015-2019.....</i>	<i>56</i>
C.	<i>Les 8 grands axes prioritaires du Projet social 2015-2019.....</i>	<i>57</i>
C.	<i>Calendrier.....</i>	<i>63</i>
PROJET LOGISTIQUE ET TECHNIQUE / SCHEMA DIRECTEUR TRAVAUX.....		67
I.	BILAN PRECEDENT PROJET D'ETABLISSEMENT	67
II.	AXES DU PROJET IMMOBILIER ET LOGISTIQUE 2015-2019	69
A.	<i>La finalisation du projet d'humanisation de l'USLD et ses conséquences.....</i>	<i>69</i>
B.	<i>Les axes du projet immobilier 2015/2019.....</i>	<i>70</i>
C.	<i>La cohérence des locaux avec les fonctions logistiques.....</i>	<i>72</i>
PROJET DE PILOTAGE FINANCIER.....		73
I.	QUELS ENJEUX POUR CE PROJET DE PILOTAGE FINANCIER ?	73
A.	<i>Une activité déjà soutenue amenée à évoluer.....</i>	<i>73</i>
B.	<i>Des budgets faisant face à des défis différents.....</i>	<i>75</i>
C.	<i>Une situation financière à l'issue de l'exercice 2014 qui va fortement évoluer.....</i>	<i>78</i>
D.	<i>Une démarche de fiabilisation des comptes déjà pleinement engagée, à poursuivre</i>	<i>80</i>
E.	<i>Un contexte de financements publics très contraints et à l'évolution incertaine</i>	<i>82</i>
II.	QUEL PLAN D'ACTION POUR FAIRE FACE A CES ENJEUX ?.....	84
DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE.....		91

Diagnostic et contexte

I. Diagnostic : bilan du précédent projet d'établissement et positionnement du CGA dans l'offre sanitaire et médico-sociale de son territoire

A. Bilan du précédent projet d'établissement 2009-2014

Du fait des arbitrages des tutelles et de l'évolution de la politique de santé publique, les projets prévus en 2008-2009 n'ont été réalisés qu'en partie et de nouveaux projets ont été mis en œuvre qui n'étaient pas prévus initialement.

1- Le développement d'une offre de soins diversifiée pour la personne âgée

La période 2009-2014 a été une période de développement et de renouveau pour le CGA, même si aucun des trois axes suivants, retenus dans le scénario stratégique initial de juillet 2008, n'a été mis en œuvre :

- ni le développement d'une activité nouvelle de psychiatrie et de géronto-psychiatrie en partenariat avec le Centre Hospitalier spécialisé Paul de Villejuif ;
- ni l'intégration avec le Centre hospitalier des Quatre Villes (CH4V) dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire ;
- ni la création d'une unité de soins de longue durée sur le secteur 92.3 en partenariat avec le site d'Erasmus à Anthony

Parmi les orientations stratégiques retenues dans le projet médical, celles du secteur sanitaire n'ont été que partiellement suivies d'effet, alors que celles du secteur médico-social ont été mises en œuvre au-delà de ce qui était prévu initialement :

1.1 Concernant le secteur sanitaire :

- a- **La prise en charge des soins de suite et de réadaptation** s'est développée avec la création d'un hôpital de jour (HDJ) de 5 places a effectivement été réalisée à moyens constants. Aujourd'hui cet HDJ accueille de fait 10 patients par jour en moyenne. Le projet d'extension de 25 lits d'hospitalisation complète n'a par contre pas été mis en œuvre. La capacité en lits de SSR a été maintenue à 30 lits ;
- b- **L'activité de consultations externes** a connu un essor, notamment en matière de bilans mémoire ;
- c- La capacité d'accueil en **psychogériatrie** a légèrement diminué, passant de 49 lits (répartis sur 3 unités du bâtiment E2-E3) à 40 lits rassemblés au RDC du nouvel EHPAD et cette activité est passée du champ sanitaire de l'USLD au champ médico-social de l'EHPAD à l'occasion de la partition USLD/EHPAD.
Le CGA n'a pas été en mesure de présenter un projet d'Unité Cognitivo-Comportementale (**UCC**) du fait du caractère très contraignant du cahier des charges de l'appel d'offre correspondant.
- d- Le projet de **création de l'activité de géronto-psychiatrie** n'a pu être mis en œuvre, le partenariat avec Paul Guiraud n'ayant finalement pas abouti ;
- e- Le projet de **création d'une unité d'Hospitalisation à Domicile (HAD)** n'a pas été mis en œuvre ;
- f- Le projet de **développement de l'onco-gériatrie** n'a pas été possible non plus

Par ailleurs, la réduction de la capacité d'accueil de l'USLD a été plus importante que prévu dans le projet d'établissement initial : à l'issue de la partition de 2011, le nombre de lits d'USLD est passé de 185 à 110 (au lieu de 120).

1.2 Concernant le secteur médico-social :

- a. **La construction d'un nouvel EHPAD**, ouvert en juin 2012, a permis de passer de 40 à 120 lits d'EHPAD dont 5 lits d'hébergement temporaire et 40 lits de psychogériatrie et s'est accompagnée de l'ouverture d'un **PASA (pôle d'activités et de soins adaptés)**, non prévu initialement dans le projet d'établissement, financé en 2012 dans le cadre d'un appel d'offre du plan Alzheimer afin de développer les ateliers thérapeutiques;
- b. **L'extension du SSIAD** a été réalisée au-delà des prévisions, le SSIAD passant de 160 à 175 places en 2011 et de 175 à 190 places en 2013 ;
- c. **L'aide aux aidants** des patients Alzheimer à domicile a été développée à travers la mise en place de la « formation aux aidants » (première session en 2012) et le lancement du projet de « plateforme d'accompagnement et de répit des aidants », autorisé et financé par l'ARS à partir de septembre 2013 ;

Une partie des orientations stratégiques inscrites pour le secteur médico-social sont transverses à l'ensemble des activités du centre: l'aide aux aidants, et le développement de l'activité de consultations externes concernent ainsi autant le sanitaire que le médico-social.

Par ailleurs, l'établissement est aussi allé au-delà de ce que prévoyait son projet, avec par exemple la création d'une **plateforme d'accompagnement et de répit des aidants**, obtenue en 2013 dans le cadre d'un appel d'offre organisé par l'ARS alors qu'elle n'était pas prévue initialement.

2- La modernisation architecturale de l'établissement

Sur la période 2009-2012, le CGA a mené à bien la construction du nouvel EHPAD.

En dehors de cette opération, le CGA a été tributaire du positionnement des acteurs externes : Mairie de Boulogne Billancourt, tutelles (ARS et Conseil Général), hôpital Paul Guiraud, ce qui explique que son schéma directeur ait fluctué entre deux hypothèses :

- « scénario simple » consistant à limiter le projet à une amélioration des conditions d'hébergement des lits d'USLD situés dans les bâtiments B et C,
- « scénario complet » proposant une restructuration maximale du site à 420 lits en partenariat avec le CH Paul Guiraud.

La première hypothèse a finalement été retenue tardivement et la déclinaison de l'opération d'humanisation des locaux des bâtiments B et C n'a été précisée que récemment en 2012 , l'ARS imposant à l'établissement en juillet 2011 d'abandonner le scénario ambitieux prévoyant la démolition du bâtiment B et la construction d'un nouveau bâtiment au profit d'un scénario moins coûteux de simple restructuration des bâtiments B et C, avec un coût d'objectif de 14,5 M€, un autofinancement quasi-total de l'opération par cession d'actifs et une date butoir d'aboutissement de l'humanisation en 2016.

Outre l'opération EHPAD aujourd'hui achevée, plusieurs importantes opérations de travaux ont été engagées, qui n'étaient pas prévues en tant que telles dans le projet d'établissement 2010-2014 mais qui répondent à l'objectif prioritaire de l'humanisation de l'USLD :

- 1) Une première opération a été réalisée au deuxième semestre 2013 qui constitue un préalable à l'opération d'humanisation de l'USLD et se décompose en deux parties :

* **aménagement des deux unités d'hospitalisation du bâtiment E3** pour accueillir les 30 lits SSR pendant toute la durée des travaux de l'USLD, afin de pouvoir concentrer les lits d'USLD dans le bâtiment B puis dans le bâtiment C ;

* **regroupement de l'administration dans le bâtiment E2**, ce qui a permis de libérer à la fois le bâtiment E1 pour accueillir les logements du personnel et le bâtiment C pour permettre le lancement des travaux d'humanisation ;

2) Une deuxième opération a consisté en la **transformation du bâtiment E1 en logements du personnel** pour libérer la parcelle du 39 rue des Abondances dont la vente doit financer l'opération d'humanisation. Les travaux ont été réalisés en 2014-2015 et les personnels ont aménagé dans le nouveau bâtiment

Pour mener l'opération d'humanisation elle-même, le CGA a désigné une Assistance à Maîtrise d'Ouvrage qui a commencé à travailler en juillet 2013. Le programme a été achevé en décembre 2013 et le chantier a été lancé fin 2014.

La **réfection de la cuisine centrale** a été réalisée fin 2013. Cette opération répondait à la fois à un impératif d'hygiène et de conditions de travail.

=> Au global, même si le précédent projet d'établissement n'a pas été mis en œuvre in extenso, la période 2009-2014 s'est caractérisée par un développement des activités du Centre de Gérontologie Les Abondances et une nette avancée dans la modernisation du site.

B- En 2015, le CGA apparaît comme un acteur gérontologique majeur sur le territoire des Hauts de Seine Centre

La période 2009-2014 a permis au CGA de renforcer son positionnement dans le territoire du Centre des Hauts-de-Seine.



Depuis 2009, le CGA a réussi à transformer et développer son activité.

1- Evolution des capacités d'accueil de 2009 à 2014

Le nombre de ses lits sanitaires est passé de 215 (30 SSR et 185 SLD) en 2008 à 140 (30 SSR et 110 SLD). Lors de la partition en décembre 2010, le nombre de lits d'USLD a été réduit de 75 lits au profit du secteur médico-social puisque l'EHPAD est passé de 40 à 120 lits.

Par ailleurs, les capacités d'accueil ambulatoires ont sensiblement été accrues :

-> en janvier 2010 ont été créées 5 places d'hôpital de jour (HDJ) de SSR ;

-> les capacités du SSIAD ont été étendues de 160 à 175 places en 2011 et de 175 à 190 places en 2013

2- Augmentation de l'activité de 2009 à 2014

Le **nombre de journées réalisées** a augmenté entre 2009 et 2014, que ce soit en SSR ou en hébergement de longue durée : il est passé de 10 321 en 2008 à 10 727 en 2014 en SSR et de 78 994 en 2008 à 82 569 en 2014 en USLD et EHPAD.

L'augmentation des journées en EHPAD a été plus que proportionnelle à l'augmentation des capacités d'accueil d'EHPAD entre 2008 et 2012 (+222% contre +200%) et la diminution des journées en USLD a été moins que proportionnelle à la diminution des capacités d'accueil d'USLD (-40% contre -40,5%). Ceci s'explique par une amélioration du **taux d'occupation** dans tous les secteurs. Ce dernier est en effet passé entre 2009 et 2014 de 94 à 98% en SSR, de 95 à 97,20% en USLD et de 96 à 99,40% en EHPAD. Quant à l'HDJ, même si sa capacité autorisée est de 5 places, il accueille en fait chaque jour une dizaine de patients, répondant à une demande forte tant en rééducation fonctionnelle qu'en prise en charge des troubles cognitifs.

Parallèlement, le CGA a développé son **activité ambulatoire** :

-> L'HDJ SSR est monté en charge rapidement, passant de 1 135 à 1995 journées de 2010 à 2014

-> l'accueil de jour est passé de 1250 à 2138 journées de 2009 à 2014

-> le nombre de consultations a atteint 242 en 2012 (consultation mémoire : 166/90 nouveaux patients/file active : 134)

-> le nombre de patients pris en charge par le SSIAD a atteint 239 en 2012

** Le positionnement du CGA comme un acteur public gériatrique important des Hauts de Seine*

L'établissement fait partie du **territoire de santé 92.2** de la région Ile-de-France. Ce territoire se caractérise par une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans supérieure à la proportion régionale (7% au dernier recensement INSEE, comparée à 5,8% en moyenne régionale) et des projections démographiques à l'horizon 2020 qui anticipent une croissance forte de cette population depuis 1999, de l'ordre de 26% pour le territoire de santé, et de 29% pour les bassins de population proches du centre de gérontologie.

Les patients et résidents accueillis au CGA proviennent à 80% du département 92, majoritairement de Boulogne Billancourt (62%), ce qui confère au CGA un rôle important dans ce territoire d'Ile de France.

La vocation publique du CGA perdure : en 2014, les résidents d'EHPAD/USLD sont pour 43,5% pris en charge par l'aide sociale et pour 56,5% payants.

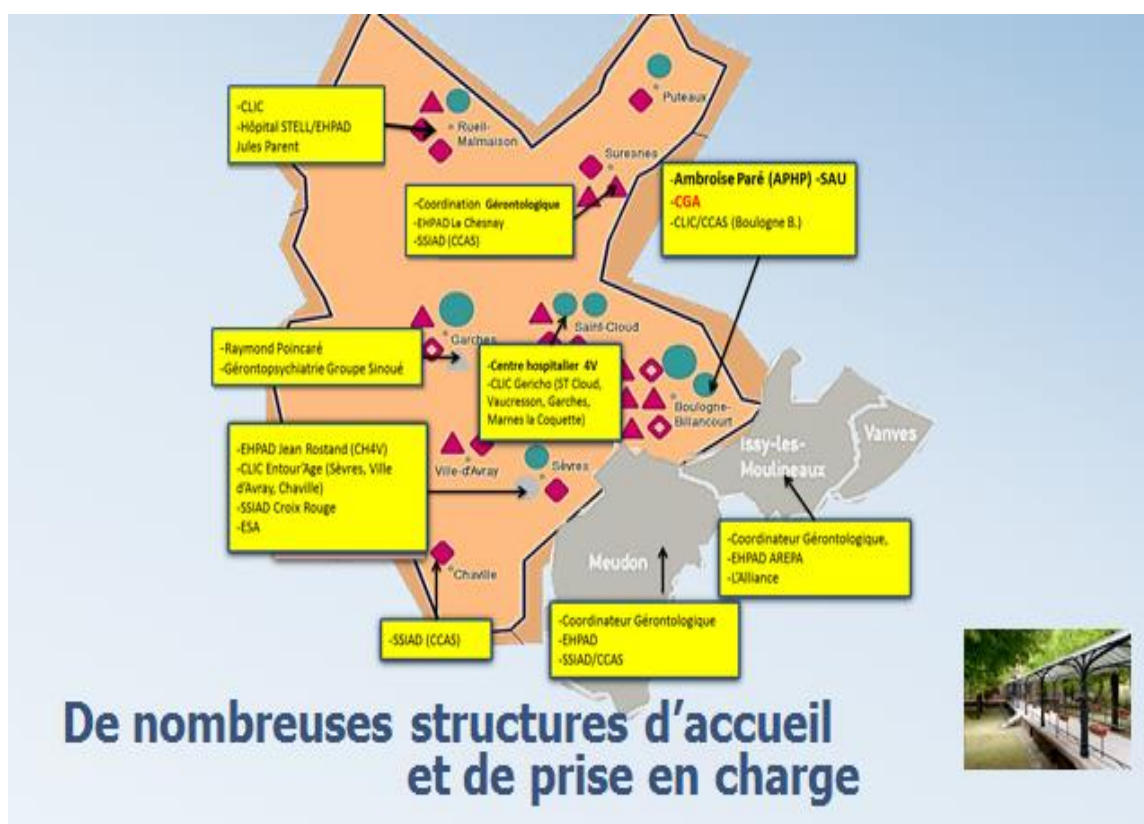
Le positionnement du CGA comme acteur majeur de la gérontologie du Centre des Hauts de Seine a été renforcé par l'extension du périmètre d'intervention du SSIAD en 2013. Limité à l'origine à la ville de Boulogne Billancourt, le SSIAD est autorisé désormais à intervenir en sus dans les villes de Saint-Cloud, Marnes la Coquette, Ville d'Avray, Garches, Vaucresson et Suresnes. Dans la même logique, l'ARS a autorisé en 2013 la création au CGA d'une « plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants » qui couvre un territoire intégrant 8 communes des Hauts de Seine : Boulogne Billancourt, Saint-Cloud, Sèvres, Chaville, Marnes la Coquette, Garches, Vaucresson et Ville d'Avray.

3- Le développement d'une filière interne et de partenariats externes nombreux dans l'objectif de fluidifier le parcours de la personne âgée des Hauts de Seine Centre

Le projet du Centre de Gérontologie Les Abondances vise à faciliter le parcours de soin et de vie de la personne âgée fragile requérant des soins gériatriques (c'est-à-dire de plus de 75 ans et souffrant de poly pathologie et/ou de dépendance) par sa **filière interne** qui propose aux usagers une **offre diversifiée de soins et d'accueil** (consultations mémoires, SSIAD, accueil de jour, HDJ SSR, hospitalisation complète SSR, USLD, EHPAD) , comme le montrent le tableau et le schéma suivants :

En externe, le CGA favorise la fluidité du parcours de la personne âgée en travaillant avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux de la MAIA 92 Centre et en inscrivant son action dans le cadre de la filière gériatrique.

Le CGA est situé dans un territoire doté de nombreuses structures d'accueil sanitaires et médicosociales, comme le montre la carte ci-dessous :



Le CGA constitue un acteur important de la filière gérontologique pour les personnes âgées des Hauts de Seine Centre.

Son périmètre d'intervention dépasse les frontières de la ville de Boulogne Billancourt, de par sa capacité d'accueil mais aussi de l'extension de sa zone d'attraction dans le cadre de sa plateforme d'accompagnement des aidants et de son SSIAD, tous les deux compétents sur les villes avoisinantes.

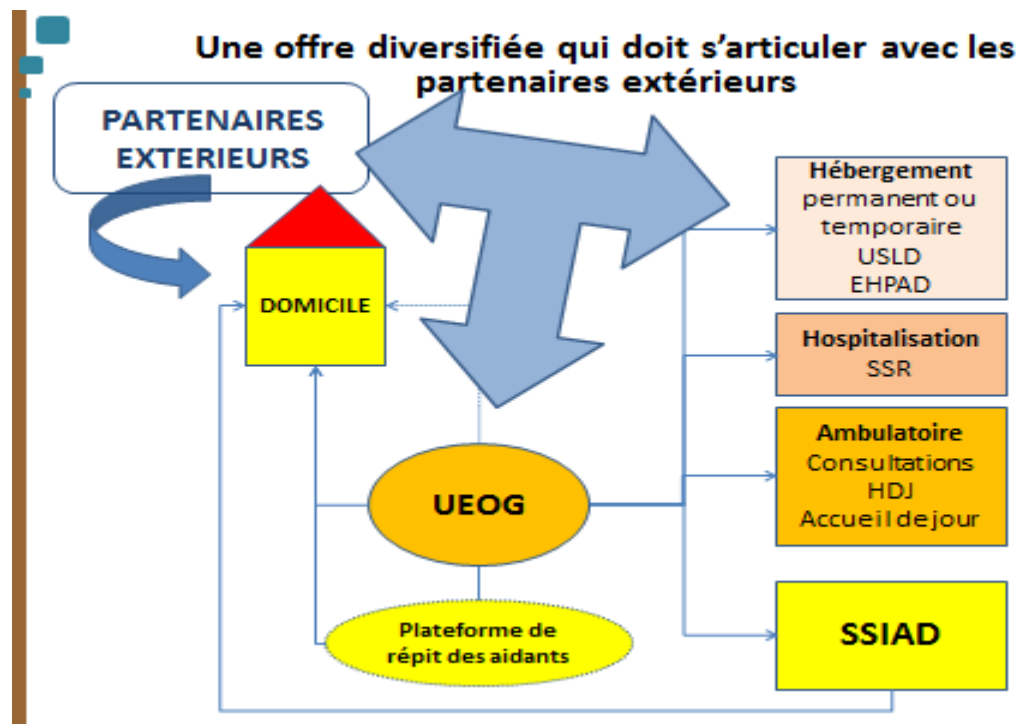
Le CGA est un partenaire actif de la MAIA 92 Centre depuis sa création et souhaite jouer un rôle important dans le cadre de la nouvelle filière gériatrique du 92 Centre.

Il a d'ores et déjà mis en place un certain nombre de conventions :

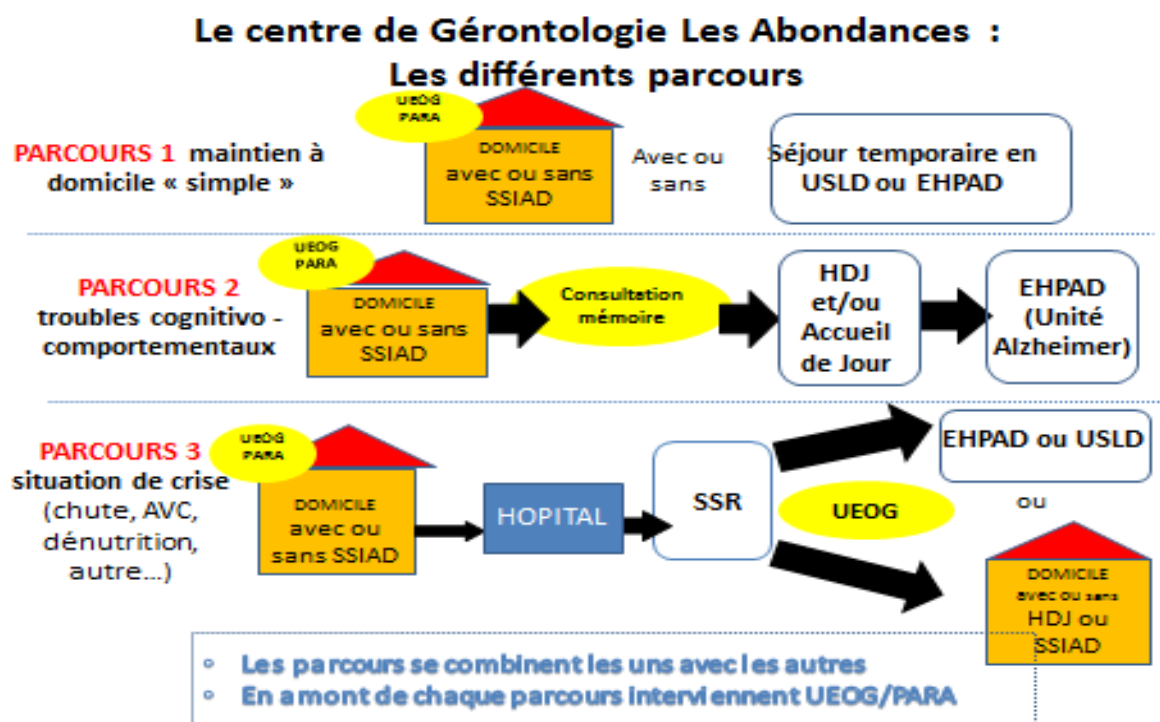
Tableau récapitulatif des conventions de coopération existant

Filières gériatriques	Documents formalisés
Hôpitaux 92.2 (Ambroise Paré /Centre hospitalier ds Quatres Villes/ Clinique du Pont de Sèvres)	Convention constitutive du 12/01/2010
Ambroise Paré	Convention de partenariat multidimensionnel du 15/01/2012
SIH Dailly / CH4V	Convention concernant les examens de laboratoire du 01/01/2012
Hôpital Louis Mourier (soins bucco-dentaires)	Convention 17/08/2012
Hôpital Paul GUIRAUD (mise à disposition psychiatre)	Convention 02/07/2012
HAD Ambroise Paré/SSIAD	Convention 02/05/2014
Notre Dame du Lac	Convention 30/09/2014
SSIAD Voisins - Suresnes - Saint Cloud/Sèvres	Convention 25 septembre 2013 Convention 30 juillet 2013
EHPAD Voisins - Résidence du Rouvray - Résidence Le Corbusier (ORPEA) - EHPAD Saint Benoît - EHPAD Saint Agnès	Convention du 28 juillet 2014 Convention du 02 juin 2014 Convention du 01/10/2014 Convention

A noter que le nouveau périmètre d'action du SSIAD des Abondances de 190 places et de sa plateforme d'accompagnement et de répit des aidants s'étend sur les 7 villes environnantes et recoupe largement le territoire de la MAIA 92 Centre, ce qui lui confère un rôle majeur en matière de gériatrie dans cette zone.



L'articulation entre la filière interne et les partenaires extérieurs permet au CGA d'intégrer son USLD et son SSR dans un panel d'offres de soins optimal et de proposer à la personne âgée boulonnaise ou d'une ville avoisinante un **continuum dans sa prise en charge**, quel que soit son parcours :



II. Contexte : le cadre fixé par les autorités de tutelle et les attentes de la population locale

L'inscription de l'action des Abondances dans son territoire doit tout d'abord prendre en compte le cadre fixé par le Conseil Départemental des Hauts-de-Seine et l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Il faut cependant préciser que les trois schémas décrits ci-dessous ne présentent pas la totalité de l'environnement des Abondances ni la totalité du diagnostic. Le projet d'établissement détaille par ailleurs dans ses différentes parties les diagnostics et bilans pour ce qui est de la prise en charge soignante et médicale, de la qualité, des ressources humaines, des finances ou encore du système d'information et de la prise en charge hôtelière.

Ces schémas fixent des contraintes et des objectifs que l'on peut résumer ainsi :

- ✓ L'indispensable coopération entre tous les acteurs du territoire
- ✓ Le décloisonnement nécessaire entre la politique du handicap et la politique gérontologique
- ✓ L'objectif fixé de développement d'alternatives à l'hospitalisation complète et la nécessité de favoriser le maintien à domicile
- ✓ L'observation de ce qui est qualifié de « transition épidémiologique » avec l'augmentation du nombre de personnes vivant avec une maladie chronique.
- ✓ Le vieillissement de la population
- ✓ L'importance de la prévention et de la bonne information
- ✓ La place à réserver aux usagers et à leurs proches, et le rôle primordial des aidants
- ✓ Les contraintes économiques fortes et l'obligation d'efficience

Par ailleurs, en complément de ces cadres, l'établissement a construit un projet avec le lycée Etienne-Jules Marey de Boulogne-Billancourt, afin que les élèves aillent à la rencontre des Boulonnais - dans la rue et dans les clubs seniors - pour les interroger sur leurs attentes et sur l'image qu'ils ont des Abondances.

Il en est ressorti plusieurs éléments :

- ✓ Une image des maisons de retraite plutôt négative
- ✓ Les Abondances est connu dans Boulogne-Billancourt et possède une bonne image
- ✓ Cette connaissance du centre est cependant très partielle et certains de ses services sont très peu connus
- ✓ Les attentes des personnes interrogées sont principalement centrées sur le personnel

L'action du CGA pour les cinq prochaines années est à inscrire dans les deux cadres que sont le schéma départemental 2014-2018 pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées du Conseil Général des Hauts-de-Seine, et le schéma d'organisation des soins de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Fortement ancré dans sa ville, son action doit aussi prendre en compte les besoins et les attentes des Boulonnais.

A. Le cadre fixé par les autorités de tutelle : Agence Régionale de Santé, Département et Ministère des Affaires sociales

1 - Le volet hospitalier du SROS d'Ile de France 2013-2017

Dans la partie spécifiquement consacrée aux Hauts-de-Seine, le schéma insiste sur la nécessaire optimisation des parcours de santé des personnes âgées et prévoit de redéfinir certaines filières gériatriques. Il précise que : « *L'hôpital Foch, actuellement coordonnateur de la filière Suresnes, Rueil, Puteaux pourrait réorienter et étendre son champ d'intervention vers le centre du département, en lien avec le centre hospitalier des Quatre Villes* ».

Le CGA doit devenir un acteur de la nouvelle filière gériatrique du 92 Centre et articuler son offre de soins avec les membres et partenaires de cette filière.

2 - Le Projet Régional de Santé (PRS) d'Ile de France 2013-2017

Le CGA doit inscrire son action dans le cadre du **Projet Régional de Santé (PRS) d'Ile de France 2013-2017**, en répondant aussi bien aux objectifs et priorités définies dans le plan stratégique régional qu'en s'inscrivant dans les axes définis par le schéma régional de prévention, par le schéma régional d'organisation médico-social (**SROMS**) et par le schéma régional d'organisation des soins (**SROS**).

Le SROS Ile de France indique que la part des personnes âgées de plus de 75 ans est plus élevée dans les Hauts de Seine que dans le reste de l'Ile de France (7,3% contre 6%). Il mentionne par ailleurs que le département des Hauts de Seine fait partie des trois départements les moins bien équipés de la Région.

Concernant les personnes âgées, quatre axes prioritaires ressortent du PRS :

- 1) Le SROS réaffirme la nécessité de **garantir une offre de soins de longue durée** en maintenant les capacités des USLD franciliennes, en les modernisant et en les mettant aux normes.

L'amélioration de la qualité des soins prodigués en USLD passe par une adaptation et une **spécialisation de ces unités** en direction notamment des maladies psychiatriques, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et des personnes atteintes de déficiences neurologiques. Afin de répondre aux besoins de ces malades, 17 **UHR** supplémentaires seront notamment créées à horizon 2017.

Le SROS invite également à considérer les besoins en soins de longue durée des malades dits « jeunes », atteints de **pathologies neuro-dégénératives** (notamment maladies d'Huntington) et de poly-pathologies surajoutées, de séquelles lourdes d'accident vasculaire ou d'encéphalopathies diverses.

Constatant la vétusté d'un grand nombre d'USLD, avec un grand nombre de chambres à 2 lits et l'absence de sanitaires dans les chambres, le SROS impose d'engager un **vaste programme de rénovation du bâti des USLD**.

- 2) Le SROS réaffirme par ailleurs le **rôle majeur du SSR** comme acteur de la filière gériatrique dans le parcours de soins des personnes âgées.
- 3) Le SROS incite au développement des **alternatives à l'hospitalisation** :
 - a. Développement de l'HDJ avec admission directe via le médecin traitant,
 - b. Hospitalisation à domicile pour assurer la transition lors d'un retour vers le domicile (y compris l'EHPAD) ;
 - c. Développement d'équipes mobiles externes
- 4) Enfin, le PRS encourage le développement d'actions de **prévention et d'éducation thérapeutique** :
 - a. Développement du dépistage buccodentaire
 - b. Développement d'actions thérapeutiques

3 - Le Schéma départemental 2014-2018 pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées des Hauts-de-Seine

Premièrement il insiste sur le décloisonnement nécessaire entre la politique du handicap et la politique gériatrique, tout en prenant en compte les spécificités des besoins de chacun. L'objectif est de :

- *« Développer plus efficacement des réponses complémentaires aux problématiques communes aux personnes âgées et aux personnes handicapées telles que l'aide aux aidants, le maintien à domicile, l'accessibilité, la préservation du lien social, la qualité de l'accompagnement par les établissements et services médico-sociaux, l'aménagement du logement, la coordination etc.*

- *Partager plus facilement les bonnes pratiques et les innovations entre les acteurs des deux champs. Ces partages permettent un enrichissement mutuel des pratiques professionnelles afin d'améliorer les réponses apportées aux situations complexes telles que les sorties d'hospitalisation, les situations de rupture etc. [...]*
- *Encourager les synergies afin de poursuivre la mise en œuvre d'une politique ambitieuse d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. »¹*

Il définit ensuite plusieurs axes, orientations stratégiques et actions.

Axe 1 : Simplifier le parcours de vie des personnes

Orientation stratégique 1 : Améliorer l'information des usagers et des familles

Le schéma rappelle ici les actions déjà menées grâce notamment à l'appui des CLIC et au déploiement des MAIA. Il prévoit trois actions qui peuvent concerner le CGA en tant qu'interlocuteur direct de confiance pour des alto-séquanais : l'élaboration d'outils d'information homogènes sur les dispositifs départementaux, le renforcement de la connaissance des dispositifs relatifs à l'habitat et le renforcement de la connaissance des mesures de protection juridique des majeurs.

Orientation stratégique 2 : Garantir les articulations entre les secteurs sanitaire et médico-social ainsi que la cohérence des interventions entre les acteurs

Le schéma rappelle le rôle central des CLIC et des réseaux de santé, mais pointe une difficulté persistante à créer du lien avec les acteurs de secteur sanitaire, alors que « *les hospitalisations constituent des étapes charnières dans le parcours de vie des personnes âgées* »². Deux expérimentations sont mentionnées : une engagée par l'ARS et portée par le réseau de santé Osmose afin de développer de nouveaux modes d'organisation des soins, et une à Clamart pour une prise en charge de nuit en EHPAD.

Deux actions peuvent concerner le CGA : l'élaboration d'outils de liaison avec le secteur sanitaire, l'amélioration de l'articulation entre les acteurs, autour des personnes nécessitant ou bénéficiant d'une mesure de protection juridique.

Orientation stratégique 3 : Assurer une plus grande réactivité et adaptabilité des comportements

Le schéma souhaite renforcer la réactivité et l'adaptabilité des dispositifs pour que les situations ne se dégradent pas davantage par manque de prise en charge adaptée, tout en rappelant le principe de personnalisation de l'accompagnement.

Les deux actions inscrites concernent le CGA : l'amélioration du repérage des situations de vulnérabilité afin de prévenir/anticiper les situations de rupture (élaborer des référentiels d'évaluation communs aux acteurs de proximité permettant d'identifier le degré de vulnérabilité de l'utilisateur) et la modélisation des protocoles d'alerte et d'intervention en urgence afin d'identifier rapidement les professionnels dédiés et les procédures idoines (mise en place de conventions partenariales).

Orientation stratégique 4 : Identifier les personnes en situation de fragilité et organiser l'accès aux actions de prévention et de dépistage

Le schéma souhaite que les situations de fragilité soient identifiées en amont afin d'orienter les usagers et de prévenir les situations de crise. Il fait le bilan des acteurs déjà existants dans ce domaine, qui sont autant de partenaires pour le CGA : les services de l'APA (entre 2007 et 2012, 24 000 diagnostics systématiques de premier niveau, ayant orientation vers la consultation, ont été réalisés), la plate-forme téléphonique « Info-Alzheimer Hauts-de-Seine », les CLIC, les espaces départementaux d'actions sociales (EDAS) etc...

¹ Schéma départemental 2014-2018 des Hauts-de-Seine – page 10

² Schéma départemental 2014-2018 des Hauts-de-Seine – page 28

Il souhaite un renforcement de la couverture territoriale de l'offre de repérage des troubles cognitifs, et « *la structuration partenariale du repérage des situations à risque* »³.

Deux actions prévues peuvent concerner le CGA : l'utilisation des référentiels élaborés pour évaluer le degré de vulnérabilité des usagers et le cas échéant, orienter les personnes vers les actions de prévention adaptées, la réalisation de campagnes de sensibilisation au grand âge et au handicap auprès du grand public.

Orientation stratégique 5 : Améliorer et favoriser les modalités de partage d'informations entre les acteurs

Le schéma rappelle que ce partage d'information est indispensable pour une meilleure prise en charge des usagers, et qu'il doit se faire dans le respect des principes déontologiques en matière de secret professionnel et de respect des droits des usagers.

Il prévoit la mise en place d'outils communs pour l'évaluation des besoins.

Orientation stratégique 6 : Mieux contribuer à l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

Cela concerne le CGA dans le cadre de sa politique de ressources humaines

Axe 2 : Améliorer la qualité de l'offre de services

Orientation stratégique 1 : Favoriser les coopérations, les mutualisations et les complémentarités entre les offres de services pour personnes handicapées et pour personnes âgées

Selon le schéma, des coopérations ou mutualisations peuvent être envisagées en termes de partage de bonnes pratiques, de formation des équipes (aux troubles psychiques, à l'accompagnement à la fin de vie), de recrutement de professionnels paramédicaux. Il doit s'agir de « *suivre une logique de complémentarité au service des parcours de vie et non pas une logique de continuité dans le parcours de soins* »⁴.

Le Conseil Général engagera notamment une action qui peut concerner le CGA : inciter à la mutualisation des moyens (logistiques, fonctions supports, achats, animation, formation) des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Orientation stratégique 2 : Définir une politique départementale de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

Le schéma pointe l'augmentation du nombre de personnes handicapées âgées de plus de 50 ou 60 ans, et également le vieillissement de leurs parents qui parfois les hébergent. Au cours du précédent schéma, des créations de places ont été réalisées pour personnes handicapées vieillissantes à Meudon (foyer de vie), à Boulogne-Billancourt (FAM), à Chatillon (FAM), à Bourg-la-Reine (FAM et foyer de vie) et à Colombes (retraités d'ESAT). Des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées commencent à développer des partenariats avec les EHPAD pour préparer le changement d'établissement.

Le Conseil Général prévoit notamment deux actions qui peuvent concerner le CGA : développer des réponses adaptées en direction des personnes handicapées vieillissantes hébergées en structure (vieillesse, augmentation de la dépendance, fin de vie), et coordonner les parcours de vie des personnes handicapées vieillissantes (pôle de vie personnes handicapées/personnes âgées).

Orientation stratégique 3 : Structurer l'offre d'aide et d'accompagnement à domicile

Le schéma pointe une insuffisance du nombre de places de SSIAD sur le Hauts-de-Seine. Ces actions portent cependant sur les SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) car les SSIAD sont financés en totalité par l'Assurance Maladie

³ Schéma départemental 2014-2018 des Hauts-de-Seine – page 35

⁴ Schéma départemental 2014-2018 des Hauts-de-Seine – page 46

Orientation stratégique 4 : Adapter l'offre d'accompagnement et d'hébergement pour les personnes handicapées

Orientation stratégique 5 : Adapter les modalités d'accueil au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes

Entre 2004 et 2012, le nombre de places en EHPA et EHPAD a augmenté de +64% dans les Hauts-de-Seine, soit 5 410 places supplémentaires.

Le schéma souhaite une meilleure lisibilité de l'offre de services et d'établissements, une adaptation de l'accueil à l'évolution des profils des personnes accueillies, notamment le fait qu'elles rentrent de plus en plus tardivement en institution, l'intégration des métiers d'ergothérapeutes, de psychiatres et de chirurgiens-dentistes au sein des EHPAD grâce à des mutualisations, et l'intégration des établissements au sein des réseaux locaux.

Les trois actions prévues peuvent concerner le CGA : l'amélioration des conditions d'entrée en EHPAD et l'incitation des établissements à mettre en place une prise en charge renforcée pendant le 1^{er} mois de séjour, l'amélioration de l'information et le renforcement de la communication sur l'offre d'accueil en établissements et services pour personnes âgées, la promotion des actions innovantes développées au sein des établissements.

En partenariat avec l'ARS, le CG92 souhaite également mettre en place un dispositif de suivi des places disponibles, développer l'offre de psycho-gériatrie, réduire les écarts d'équipement, et réfléchir à une action de formation des personnels des EHPAD à l'accompagnement des personnes handicapées psychiques vieillissantes.

Orientation stratégique 6 : Impulser et suivre les démarches d'évaluation de la qualité des prises en charge (évaluation interne et externe)

4 - Le Bilan du Plan Alzheimer 2008-2012

Parue en juin 2013, l'évaluation du Plan Alzheimer énonce un certain nombre de recommandations qui sont autant de directions à suivre pour notre structure :

- favoriser une meilleure intégration des acteurs par la mise en place des **MAIA** ;
- renforcer l'**aide à domicile** par une amélioration de la qualité des services et par l'aide aux aidants ;
- améliorer la qualité de la prise en charge des troubles sévères du comportement en hébergement collectif en multipliant les **UCC** (unités cognitivo-comportementales) au sein des SSR;
- renforcer les **consultations mémoires** ;
- développer les unités d'hébergement renforcé (**UHR**) en donnant la priorité aux aspects psycho-relationnels ;
- encourager les **structures innovantes** : plateformes de répit, aide aux aidants, accueil de jour et hébergements temporaires

L'action du CGA doit également répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles neuro-dégénératifs conformément aux priorités définies par le **Plan des Maladies Neuro-dégénératives** (2014-2019).

B. Les attentes de la population locale :

Afin d'évaluer les besoins et les attentes auxquelles le CGA doit répondre dans la période à venir, une enquête a été menée en mars 2015 auprès de la population boulonnaise.

Cette enquête a été réalisée dans le cadre d'une démarche intergénérationnelle avec les élèves de classes de 1^{ère} STSS (Sciences et Technologies de la Santé et du Social) du Lycée professionnel boulonnais Etienne-Jules Marey :

- ✓ Auprès de cinq clubs seniors de Boulogne-Billancourt (39 questionnaires remplis) ;
- ✓ Dans la rue, près de la galerie des Passages à Boulogne-Billancourt (100 questionnaires remplis).

1 – L'enquête révèle que l'image des maisons de retraite est plutôt négative de façon générale

Au sein des clubs seniors, 74% n'ont jamais envisagé entrer dans une institution avec trois raisons principales avancées. Pour une partie, cela dépendra simplement de leur état de santé alors que d'autres affirment plutôt leur volonté de rester chez eux où ils sont plus libres. Cette notion de liberté est centrale puisque quand on leur demande comment ils perçoivent les maisons de retraite par rapport aux clubs seniors, 82% mettent en avant la notion d'hébergement permanent, définitif, d'enfermement, pour des personnes qui ne peuvent agir ou rester seules. A l'inverse, les clubs seniors sont décrits comme des lieux où l'on est libre d'aller, et réservés à des personnes âgées en forme.

Enfin la troisième raison invoquée est la possibilité d'une prise en charge familiale.

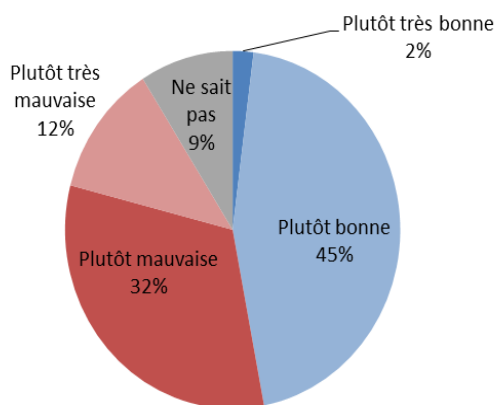
Même pour les personnes qui ont envisagé cette entrée en institution, elles précisent que cela se fera « s'il n'y a pas d'autres choix ».

Pour les personnes interrogées dans la rue, 58% des sondés déclarent qu'ils n'ont pas pensé aller dans une maison de retraite ou installer un de leur proche, avec une différence entre les hommes et les femmes : ils sont la moitié pour les hommes à y penser, contre 37% pour les femmes.

Leur image des maisons de retraite n'est pas très positive puisque moins de la moitié en ont une bonne ou très bonne opinion.

Quelle image avez-vous des maisons de retraite?

Questionnaires réalisés dans la rue



2 – Le CGA est connu dans Boulogne-Billancourt et possède une bonne image

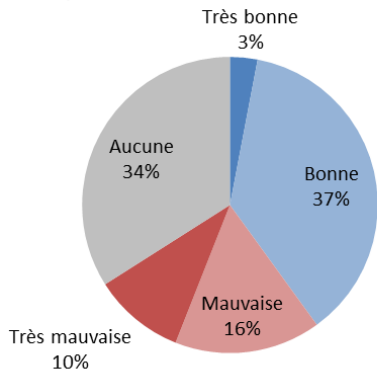
71% des personnes interrogées dans les clubs seniors connaissent les Abondances, principalement par le bouche à oreille ou parce qu'ils connaissent une personne qui y réside ou y a résidé.

Cette proportion est deux fois moins importante pour les personnes interrogées dans la rue où seulement 38% connaissent les Abondances, dont une majorité de Boulonnais (79%). Parmi eux, 56% le connaissent par le bouche à oreille ou par des proches pris en charge, et seulement 20% par la communication externe et 6% par la salle de spectacle. Cette différence s'explique probablement par le fait que 63% des personnes interrogées dans la rue ont moins de 55 ans, 16% seulement se sont déclarés préoccupés par la prise en charge d'un proche âgé, et 50% ne sont pas originaires de Boulogne-Billancourt.

L'image des Abondances est globalement bonne, mais semble également meilleure dans les clubs seniors que chez les personnes interrogées dans la rue. Ainsi dans les clubs seniors, 70% des personnes connaissant le centre en ont une image positive, et seulement 12% une image négative. Dans la rue, on remarque qu'un tiers des personnes interrogées n'ont pas d'avis sur les Abondances.

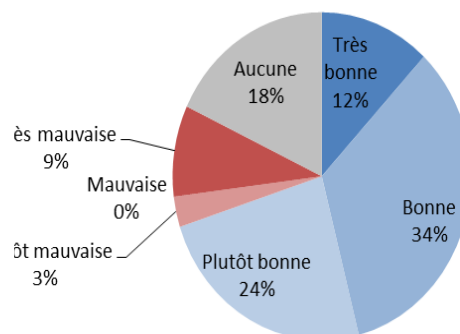
Quelle image avez-vous des Abondances?

Questionnaires réalisés dans la rue



Quelle image avez-vous des Abondances?

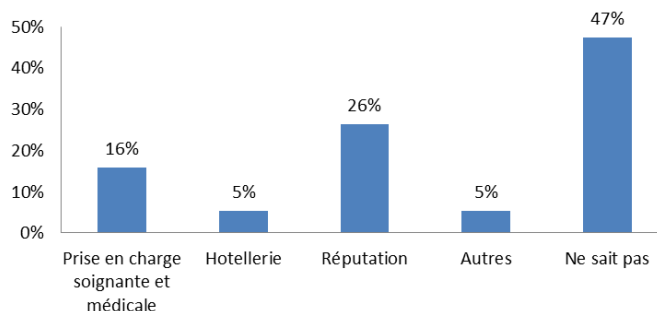
Questionnaires réalisés dans les clubs seniors



Pour les personnes interrogées dans la rue, les raisons avancées pour justifier cette image ne sont pas précises pour la majorité, et semblent plutôt relever d'une image lointaine que de situations concrètement vécues au centre.

Enfin pour les personnes habitant Boulogne et connaissant les Abondances, 40% en ont une bonne image, 27% une mauvaise ou très mauvaise image, et 33% n'ont pas d'avis sur le centre.

Les raisons qui justifient cette image pour les personnes interrogées dans la rue

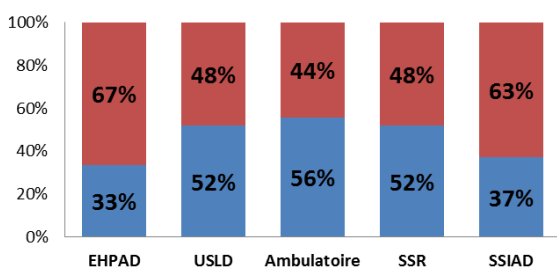


... même si cette connaissance du centre reste trop partielle

Qu'il s'agisse des personnes interrogées dans la rue ou dans les clubs seniors, cette connaissance est partielle puisqu'il ressort des questionnaires que la variété de services proposés par les Abondances est peu connue, avec pour l'EHPAD très certainement une méconnaissance du sigle :

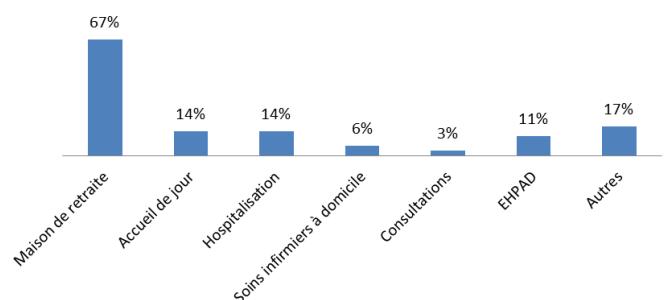
Savez-vous quels sont les services qui existent aux Abondances?

Questionnaires réalisés auprès des clubs seniors



Quels services des Abondances connaissez-vous?

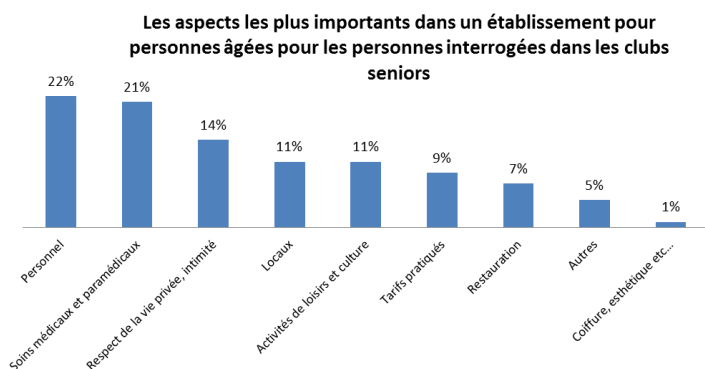
Questionnaires réalisés dans la rue



Enfin 59% des personnes des clubs seniors seulement savent qu'elles peuvent bénéficier d'une aide financière pour leurs frais de séjour aux Abondances. Par contre 47% des personnes interrogées dans ces clubs connaissent le projet d'humanisation de l'USLD.

3 - Les attentes de la population sont principalement centrées sur le personnel

Parmi les personnes interrogées dans les clubs seniors, les attentes sont fortes vis-à-vis du personnel, qui doit être, selon les termes utilisés par les personnes interrogées, « agréable, aimable, avec un peu de cœur, compétent, qualifié et suffisant, à l'écoute, souriant... ».

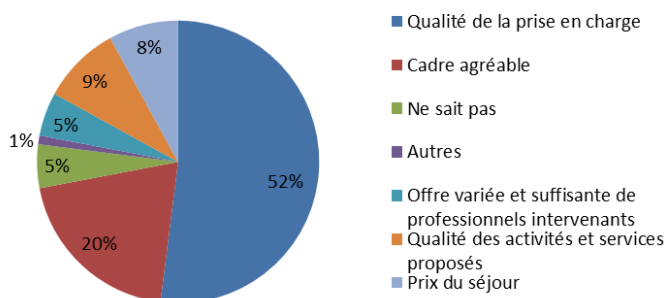


Il faut préciser que les personnes devaient donner trois réponses à cette question dans les clubs seniors.

Dans la rue, les réponses sont moins précises, et c'est la qualité de prise en charge de manière générale qui est mise en avant.

Critère le plus important pour la prise en charge en maison de retraite

Questionnaires réalisés dans la rue



Diagnostic général – Synthèse

	POSITIF	NEGATIF
Origine interne	<p>FORCES</p> <p><i>Une prise en charge de qualité, attestée en 2014 notamment par la certification sans réserve de l' HAS et l'évaluation externe très favorable</i></p> <p><i>Une amélioration nette de l'image de marque, confirmée par l'enquête de mai 2015 et par de meilleurs taux d'occupation</i></p> <p><i>Un potentiel immobilier permettant d'accueillir de nouvelles activités :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacité disponible de 30 lits (rénovés en 2013) à l'issue de l'opération d'humanisation de l'USLD (juin 2017) - Parcelle à potentiel d'exploitation côté rue St Denis <p><i>Une modernisation déjà bien avancée</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Des locaux rénovés et répondant aux normes d'accessibilité : tous les lits du pôle sanitaire auront été rénovés d'ici 2017 ✓ Un dossier patient et un circuit du médicament informatisés avec intégration des résultats biologiques dans le dossier du patient en automatique ✓ Une modernisation du SIH en continu, avec l'acquisition de nouveaux matériels de dernière génération et sécurisation des locaux des serveurs (climatisation redondée et onduleurs de grande autonomie) <p><i>Une activité soutenue avec une filière interne étoffée</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un « panier de services » facilitant le parcours du patient et l'accompagnement de son entourage ✓ Des capacités en lits et places bien utilisées, une diversité de prises en charge permettant de s'adapter aux besoins, et des transferts réguliers entre activités ✓ Une complémentarité entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux, qui s'enrichissent l'un et l'autre <p><i>Une situation financière solide, une gestion de ressources humaines efficiente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un résultat d'exploitation global positif à chaque exercice depuis 2011 et une marge brute supérieure à 12% depuis 2011 ✓ Un déficit cumulé en diminution constante et un fonds de roulement d'investissement positif et important tout en ayant un taux d'endettement soutenable et la perspective de la perception de la recette de la vente du 39 rue des Abondances ✓ Une forte diminution du recours à l'intérim et une diminution du turnover 	<p>FAIBLESSE</p> <p><i>Une succession d'opérations d'investissement complexes à mener et ayant un impact important sur le fonctionnement de l'établissement (jusqu'en juin 2017)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conditions hôtelières provisoirement dégradées ✓ Impact des travaux sur les relations avec les usagers, le taux d'occupation ✓ Impact des travaux sur les recettes et les dépenses <p><i>Une difficulté actuelle de recrutement de masseurs kinés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compensée par une politique de partenariat avec les professionnels libéraux <p><i>Une taille moyenne</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ qui ne permet pas toujours d'effets d'échelle suffisants ✓ qui n'exonère pas de respecter nombre de normes et de réglementations
	Origine externe	OPPORTUNITES
<p><i>Une très bonne intégration sur le territoire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bâtiment situé dans un cadre urbain, très bien desservi ✓ De nombreux partenariats avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux des alentours ✓ Ville d'implantation affichant une forte proportion de personnes de plus de 75 ans <p><i>Des recompositions et coopérations à venir</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place des filières gériatriques et des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ✓ Rattachement de l'EHPAD du Rouvray (ONACVG) en 2016 <p><i>La promotion du maintien à domicile et de l'ambulatoire par les financeurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un positionnement au domicile déjà important avec 190 places de SSIAD ✓ Un secteur ambulatoire déjà bien implanté : HDJ, ADJ et consultations de l'UEOG ✓ Trois appels à projet à venir sur lesquels l'établissement pourrait être retenu : EHPAD à domicile, SPASSAD et HAD SSR 		<p><i>Une forte concurrence aux alentours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Une offre gériatrique publique et privée lucrative déjà importante sur le territoire ✓ Des difficultés majeures dans l'hypothèse d'une crue <p><i>Un emplacement proche de la Seine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Des difficultés majeures dans l'hypothèse d'une crue

Projet Médical

Sur la période à venir, le CGA doit développer de nouveaux types de prise en charge pour répondre aux besoins croissants d'une population locale de plus en plus âgée et à risques de fragilité, de polyopathologies et de maladie Alzheimer ou troubles apparentés.

I. Orientations générales

Le projet médical s'articule autour de grandes orientations :

- 1) Une volonté de formaliser un projet médical ancré sur des **valeurs partagées** dans le respect des valeurs du service public qui guident l'action de tous les professionnels de santé autour d'une identité commune : égalité d'accès à tous, continuité de la prise en charge, primauté de l'intérêt général ;
- 2) Un engagement à assurer ses missions et à les assumer dans le cadre d'une **filière de soins intégrée et complémentaire** des autres acteurs de santé autour de la personne âgée ;
- 3) Un engagement sur la promotion de la **gestion des risques et de la qualité des soins**, une forte réflexion sur la **bientraitance** et la recherche de la satisfaction des attentes des usagers ;
- 4) Le CGA est un établissement qui donne une place primordiale à la **réflexion éthique**. Il s'assure du respect des droits du patient dans un souci de prise en charge globale humaniste et respectueuse du patient ou du résident âgé.

II. Orientations stratégiques

A. Développer les activités ambulatoires

Comme le préconise le SROS, le CGA souhaite promouvoir le maintien à domicile et fluidifier le parcours de la personne âgée en renforçant des services ambulatoires innovants :

1- Développer l'activité de consultation

Il s'agit de développer aussi bien les consultations mémoire dans le cadre de la consultation mémoire avancée, adossée à la Consultation de Sainte-Périne et d'autres types de consultations en fonction de la spécialisation des lits de SSR et USLD, notamment les consultations post AVC

2- Etendre la capacité d'accueil de l'Hôpital de Jour SSR de 5 à 15 places

L'extension de la capacité d'accueil de l'HDJ-SSR de 5 à 15 places autorisées permettra de dissocier deux HDJ :

-> HDJ pour la réadaptation fonctionnelle

-> HDJ pour la réadaptation cognitive qui permettra notamment de développer le suivi des patients post-AVC cognitive

3- Créer une Antenne d'HAD – SSR gériatrique

La création d'une antenne d'hospitalisation à domicile - SSR (HAD-SSR) de 15 à 20 places, serait ciblée sur la prise en charge gériatrique, avec une spécialisation fin de vie, Alzheimer, nutrition plaies complexes, poste-AVC et fonctionnerait avec un conventionnement prioritaire avec les SSIAD et les EHPAD

B. Développer les activités de prévention et d'éducation thérapeutique

1- Créer une Plateforme d'évaluation de la fragilité

Cette « plateforme d'évaluation de la fragilité » aura pour objectif de dépister les états pré-fragiles » et « fragiles » et leur prescrire un programme de prévention de la dépendance; Cette plateforme s'articulera en externe : avec les médecins libéraux, le CLIC et tous les acteurs de la filière gériatrique et de la MAIA.

En interne, elle coordonnera :

- la mise en place d'une *Commission de « lutte contre la perte d'autonomie évitable »* (ou « Commission pour l'Autonomie ») chargée d'élaborer des protocoles, d'analyser les fiches de chutes et de développer la formation du personnel (chutes, mobilisations, entretien physique, incontinence, lutte contre la perte d'autonomie)

- des *ateliers de prévention des chutes* pour les résidents de l'EHPAD et de l'USLD,

2- Dépister et prendre en charge les problèmes buccodentaires

Le développement d'une prise en charge des problèmes buccodentaires s'inscrit dans la continuité de la démarche déjà engagée avec le développement de partenariats d'une part avec le service d'odontologie de Louis Mourier (APHP) pour l'USLD, d'autre part les dentistes de ville de Boulogne Billancourt pour l'EHPAD.

C. Développer les activités d'hospitalisation gériatrique spécialisées répondant aux priorités définies par le SROS

La libération des deux unités de 15 lits du bâtiment E3 constitue une vraie opportunité pour l'augmentation des capacités en hospitalisation SSR ou hébergement.

Plusieurs projets sont envisagés autour de deux axes :

1- Etendre la capacité d'accueil en SSR de + 30 lits

Cette extension de la capacité d'accueil en SSR gériatrique de + 30 lits polyvalents permettrait de répondre aux besoins sur le territoire, en créant notamment une unité cognitivo-comportementale (UCC) de 10 à 12 lits et de développer les soins palliatifs avec la mise en valeur des 5 lits dédiés.

2- Spécialiser la prise en charge en USLD

Il s'agit d'accueillir en USLD les personnes âgées présentant des spécificités mises en évidence par le SROS Ile de France :

- en consacrant 12 à 15 lits existant à la création d'une unité d'hébergement renforcé (UHR),
- en fléchant 10 à 15 lits pour la création d'une unité de géronto-psychiatrie,
- en développant l'accueil des personnes handicapées vieillissantes qui ont des poly-pathologies, notamment les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives invalidantes.

D. Développer les Projets transversaux

- ❖ Dossier patient informatisé
- ❖ Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- ❖ Collecte et traitement des données médico-économiques
- ❖ Prise en charge médicamenteuse du patient
- ❖ Qualité et sécurité des soins :

L'établissement s'est engagé depuis longtemps dans la qualité et la sécurité des soins et les relations avec les usagers.

Le projet médical identifie la culture de la qualité et de la sécurité des soins comme un socle légitime de l'activité de l'établissement. L'évaluation des pratiques professionnelles est le corollaire de la mise en œuvre de cet engagement.

Même si la politique qualité et gestion des risques fait l'objet d'un volet spécifique du projet d'établissement, le projet médical met en exergue 3 objectifs :

- Inscrire la qualité dans la pratique quotidienne
- Promouvoir la prise en charge globale du patient
- Développer l'information et la gestion documentaire

La Loi HPST a renforcé les obligations des établissements en matière de démarche qualité, de gestion des risques et de sécurité des soins. Un récent décret implique clairement la CME dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à travers ses sous-commissions.

Afin d'assurer une cohésion et une dynamique d'établissement autour de la politique qualité et gestion des risques, et d'évaluation des pratiques professionnelles, le projet prévoit de s'appuyer sur les outils de la nouvelle gouvernance et notamment les projets de pôle et la contractualisation interne.

Concrètement il s'agira d'inscrire dans chacun des contrats de pôle, des objectifs qualitatifs et d'évaluation.

Le projet médical souligne quelques actions prioritaires dont :

- la lutte contre les infections nosocomiales.
- la consolidation de l'amélioration des indicateurs concernant la prise en charge :
 - o de la douleur
 - o de la dénutrition
 - o de la prévention d'escarre
 - o de la consommation d'antibiotiques
 - o de la prévention des risques médicamenteux
 - o de l'éducation thérapeutique
- la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance
- l'amélioration de la tenue du dossier patient
- la promotion de la culture du respect des droits des patients

- ❖ Développement du DPC

La désignation d'une commission de Développement Professionnel Continu (DPC) a déjà été faite. Elle comprend des membres du secteur médical, para-médical et est en lien avec la DRH.

- ❖ Convention avec les EHPAD alentours pour interventions et expertises des différentes Commissions.
- ❖ Parcours du patient
- ❖ Télémédecine

E. Projet de pôle médico-technique

Le périmètre d'activité du pôle médico-technique est le suivant :

- Pharmacie à Usage Interne (PUI),
- Gaz médicaux (périmètre d'activité lié à la responsabilité pharmaceutique),
- Consommables de biologie (en liaison avec le laboratoire d'analyses médicales prestataire).

Les projets d'action du pôle médico-technique sont les suivants :

- Approvisionnement de l'établissement en médicaments et dispositifs médicaux stériles, dans le cadre de la permanence pharmaceutique, en réfléchissant à une éventuelle convention avec une autre PUI,
- Démarche d'amélioration de la qualité, en particulier en faveur de la sécurisation et du management de la prise en charge médicamenteuse (conciliation médicamenteuse, retours sur expérience,...),
- Développement de l'activité de pharmacie clinique, en relation avec le pôle clinique et l'EHPAD,
- Réflexion sur la gestion des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS).

III. Devenir un acteur gériatrique majeur de la nouvelle filière gériatrique et du futur GHT du 92 Centre

A. La filière gériatrique du 92 Centre

Le CGA fait partie des établissements membres de la nouvelle filière gériatrique du territoire MAIA 92 Centre dont l'hôpital FOCH a été désigné établissement support par l'ARS en septembre 2015.

L'hôpital Foch de Suresnes, le Centre Hospitalier Départemental Stell de Rueil Malmaison, le Centre Hospitalier de Puteaux et la Cité des Fleurs-Diaconesses de Courbevoie, avaient signé, en mars 2010, une convention constitutive établissant l'organisation, le fonctionnement et les obligations réciproques entre les quatre établissements membres de la filière de soins gériatriques hospitalière, conformément aux dispositions de la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques et du Plan Solidarité Grand Age.

Le Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré, le Centre Hospitalier des Quatre Villes, la Clinique du Pont de Sèvres et le Centre de Gérontologie des Abondances avaient également signé, le 12 janvier 2010, une convention constitutive établissant l'organisation, le fonctionnement et les obligations réciproques entre les trois établissements membres de la filière de soins gériatriques hospitalière, conformément aux dispositions de la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques et du Plan Solidarité Grand Age.

Sans pour autant gommer les liens existants entre les établissements, le découpage territorial actuel des MAIA des Hauts de Seine amène aujourd'hui à recentrer les partenariats autour des communes du territoire 92 centre : l'Hôpital Foch, le Centre Hospitalier Départemental Stell, le Centre de Gérontologie des Abondances, le Centre Hospitalier des 4 villes, la Clinique de Rochebrune, la Clinique du Mont Valérien et la Clinique du Pont de Sèvres. Les établissements signataires sont ainsi convenus de s'engager collectivement dans une démarche de réflexion partagée.

B. Le futur Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

En vertu de l'Article 27 du projet de loi pour la modernisation de notre système de santé, le CGA comme tous les établissements publics de santé, est amené à signer une convention de groupement hospitalier de territoire (GHT).

Le (ou les) futur(s) GHT des Hauts de Seine s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé. Il se caractérisera par un projet médical partagé (PMP) par les établissements et des prises en charge partagées des patients en vue d'une meilleure coordination entre les acteurs par une organisation des gradations des soins, de la proximité au recours.

Les objectifs du GHT sont :

- de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire pour une prise en charge commune des patients afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité
- de constituer des filières – parcours
- de réaliser des gains d'efficience (réduction du cout des fonctions techniques administratives et logistiques, réduction du recours à l'intérim médical, réduction nombre de gardes et astreintes ...)

Lors d'une réunion le 23 Sept 2015, organisée conjointement par l'ARS et la FHF sur La situation des Hauts de Seine, il a été constaté que la démarche était encore balbutiante dans notre département du fait que :

- c'est un département extrêmement concurrentiel et à l'offre très dense et très éparpillée
- les Etablissements publics de santé hors APHP y sont relativement peu nombreux alors que l'Offre privée et ESPIC forte
- 3 groupes de l'APHP sont présents
- Les EPS n'ont pas souvent de liens naturels du point de vue des filières de prises en charge
- Les secteurs de psychiatrie en partie gérés hors le département
- L'offre médico-sociale dense

A noter que même si l'hôpital Ambroise Paré n'a pas été retenu comme établissement support de la filière gériatrique du 92 Centre et n'est pas membre à part entière du GHT, il restera un partenaire privilégié du CGA dans le cadre d'un partenariat établi depuis longtemps : plus de 50% des patients accueillis au CGA proviennent d'Ambroise Paré ; par ailleurs, le CGA envoie très naturellement ses patients et résidents au SAU d'Ambroise Paré mais aussi en imagerie médicale et dans tous les services de spécialité aiguës (UGA, médecine interne, chirurgie orthopédique et digestive, diabéto-endocrinologie, cardiologie, pneumologie...).

Projet du Département Médico-Social

La période 2009-2014 a été particulièrement riche en avancées dans le département médico-social :

- Ouverture de l'EHPAD en juin 2012
- Ouverture du PASA octobre 2012 et visite de labellisation novembre 2013 (Après ouverture et visite il y a été acté en septembre 2014 la conformité de labellisation par la levée des réserves)
- Extension de 175 à 190 places du SSIAD en 2013
- Ouverture de la Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants en octobre 2013
- Participation active à la MAIA 92 Centre mise en place en 2013
- Développement de partenariats externes nombreux

L'évaluation externe qui a été réalisée en novembre 2014 sur l'ensemble du secteur médico-social (EHPAD, SSIAD et Accueil de jour) a été très favorable.

I. Consolider et améliorer les différents services médico-sociaux du CGA.

A. Répondre aux trois priorités fixées à l'EHPAD des Abondances par sa nouvelle convention tripartite

Pour rappel, la **précédente convention tripartite** signée le 02.12.2008 concernait les 38 lits que comptait l'EHPAD à l'époque. En novembre/décembre 2010, la partition réalisée sur la base de la coupe PATHOS a abouti à une augmentation du nombre de lits portant la capacité de l'EHPAD à 120 lits.

Les objectifs fixés dans le cadre de la première convention ont été atteints :

- Amélioration de la qualité des conditions d'hébergement des PA (conditions architecturales de confort et de sécurité),
- Amélioration de la qualité des prestations hôtelières
- Personnalisation de la prestation entretien des vêtements des résidents
- Entretien des locaux
- Valorisation de l'autonomie et aides spécifique pour la prévenir
- Amélioration de la coordination des soins
- Elaboration du projet de vie institutionnel
- Réactualisation du projet de vie de l'accueil de jour

La négociation de la **nouvelle convention tripartite signée en février 2015** a été l'occasion de réaliser une nouvelle coupe PATHOS (GMP 745 et PMP 185), qui a permis de sortir de la convergence tarifaire et de redéfinir les nouveaux objectifs prioritaires de l'EHPAD :

* **Objectif n°1** : poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents et de leurs entourages dans le cadre des **projets d'accompagnement personnalisé** ;

* **Objectif n°2** : renforcer la prise en charge au niveau de la **prévention des chutes** ;

* **Objectif n°3** : améliorer la prise en charge de la **fin de vie** au sein de l'Ehpad et les soins palliatifs ;

Le projet de service de l'EHPAD d'octobre 2014 a défini les **valeurs professionnelles des équipes de l'EHPAD**. Les valeurs exprimées sont pour une majorité axées sur le respect de la personne âgée, son bien-être et son accompagnement des résidents et non sur les actes techniques de soins. Les valeurs concernant le travail en équipe et la solidarité font également partie des valeurs de base.

Le projet de service s'articule autour des **8 axes suivants** :

- 1) *Optimiser le fonctionnement du nouvel EHPAD*
 - Optimiser les circuits dans le nouveau bâtiment
 - Optimiser les nouveaux locaux et nouvelles installations
- 2) *Améliorer la gestion des ressources humaines*
 - Développer un management participatif et de proximité
 - Améliorer l'organisation du travail des soignants
 - Améliorer le niveau de qualification et de formation du personnel au lit
- 3) *Améliorer la qualité de la prise en charge*
 - Améliorer la qualité des soins des résidents
 - Améliorer la qualité du projet de vie individualisé
 - Assurer une vie sociale et culturelle riche
- 4) *Respecter les contraintes budgétaires*
- 5) *Pérenniser les organisations mises en place dans le nouvel EHPAD*
 - . Pérenniser les conditions de travail et assurer le suivi des personnels en termes de plannings, de formation et d'évaluations
 - . Pérenniser le management de proximité et participatif mis en place
 - . Pérenniser les fonctionnements organisationnels
- 6) *Poursuivre l'optimisation de prise en charge des résidents et de leurs entourages*
 - . La phase 2 de la mise en place du projet personnalisé : l'évaluation annuelle et le suivi de la mise en place des projets de vie
 - . La prise en charge des troubles cognitivo-comportementaux sévères
 - . La prise en charge de la fin de vie au sein de l'EHPAD et les soins palliatifs
 - . Le développement de projets d'animation en interne
 - . PASA : élargir l'activité du PASA par des ateliers d'accompagnement thérapeutiques de nuit
 - . PASA : La participation active des familles aux projets des résidents
 - . PASA : la planification des journées complètes pour + de 70% des résidents ciblés
- 7) *Ouvrir l'EHPAD sur les autres secteurs du CGA et sur la ville en créant des partenariats*
 - . Renforcer les partenariats avec les autres EHPAD publics et/ou privé
 - . Envisager la mutualisation d'un IDE de nuit
 - . Développer le partenariat entre EHPAD et PARA en cohésion avec les propositions de la MAIA Centre des Hauts de Seine
- 8) *Améliorer la diffusion d'informations et la communication via le DPM entre partenaires internes*

B. Optimiser le fonctionnement du SSIAD et diversifier son offre

Pour rappel, l'ARS a autorisé la création de 15 places supplémentaires de SSIAD au CGA en date du 05 juillet 2013, faisant passer sa capacité de 175 à 190 places dont 7 pour adultes handicapés. Cette autorisation étend l'agrément territorial du SSIAD qui est maintenant composé des communes de sur les villes de Boulogne-Billancourt, Saint Cloud, Ville d'Avray, Garches, Marnes la Coquette, Suresnes, Vaucresson.

Le projet de service élaboré en septembre 2014 a été l'occasion d'élaborer une « **Charte des valeurs du SSIAD** » qui énumère **les valeurs** suivantes :

- 1) *Respect de la dignité de l'être humain et de sa qualité de vie*
- 2) *Solidarité, diversité et respect entre les professionnels*
- 3) *Implication, responsabilité, autonomie*
- 4) *Compétences, efficacité et qualité*
- 5) *Respect des règles institutionnelles*
- 6) *Adaptation, accompagnement, bientraitance*

... Et **des engagements** suivants :

→ Travailler avec et pour la personne prise en charge :

- 1) *Connaitre et appliquer la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*
- 2) *Participer au maintien à domicile des personnes âgées et/ou handicapées*
- 3) *Optimiser les prestations de soins à domicile*
- 4) *Développer le projet individualisé : projet de vie et projet de soins*
- 5) *Etre à l'écoute, être empathique et communiquant*
- 6) *Connaitre et respecter les habitudes de vie*
- 7) *Préserver les liens familiaux et sociaux*

→ Développer le travail en équipe pluridisciplinaire :

- 1) *Connaitre, reconnaître, et respecter le travail de chaque professionnel*
- 2) *S'entre aider et être solidaires entre tous les professionnels nécessaires au maintien à domicile des patients*
- 3) *Favoriser et développer le lien avec les réseaux facilitant la prise en charge des patients à domicile*
- 4) *Connaitre et respecter les règles professionnelles institutionnelles*

→ Se former :

- 1) *Pour entretenir et améliorer les connaissances acquises*
- 2) *Pour évoluer et faire évoluer les pratiques*
- 3) *Pour être acteur des évolutions quant à la prise en charge des patients âgés à domicile*

Les grands axes du projet de service du SSIAD sont les suivants :

*** En interne :**

- a- L'amélioration de la qualité de prise en charge grâce notamment à l'informatisation des transmissions sur les dossiers patients et de la gestion des tournées ;
- b- L'amélioration des conditions de travail via l'amélioration de l'accueil et le suivi des nouveaux agents et la mise en œuvre d'un projet d'encadrement des stagiaires ;
- c- Une meilleure prise en compte des aidants
- d- Le développement du projet individualisé
- e- La politique de bientraitance

- f- Le développement des soins palliatifs
- g- La politique de prévention des chutes

*** En externe :**

- a- Renforcement des partenariats avec les SSIAD(s) de Suresnes, Saint Cloud et Sainte Marie (SSIAD de nuit),
- b- Développement des relations avec le CLIC(s), HAD, Soins palliatifs Notre Dame du Lac, ...),
- c- Développement de partenariats avec les SSR pour les retours à domicile après hospitalisation et du partenariat avec la Plateforme d'accompagnement et de répit

Par ailleurs, le SSIAD du CGA a pour vocation de s'engager dans tous les **projets innovants dans le cadre des appels à projet** qui seront lancés pour favoriser la politique de maintien à domicile :

- Déploiement de places de **SSIAD renforcé** permettant de prendre en charge des patients aux pathologies particulièrement lourdes qui nécessitent des interventions plus fréquentes, en binôme ou à des heures plus tardives ;
- Projet de **SPASAD**
- Projet d' « **EHPAD à domicile** »
- Création d'un **SSIAD de nuit**
- Création d'une **ESA**

C. Conforter l'Accueil de Jour et la Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants

Intrinsèquement liés, ces deux dispositifs jouent un rôle important dans le parcours du patient Alzheimer entre consultation mémoire, SSIAD, Plateforme des aidants et EHPAD.

II. Conforter le positionnement du département médico-social du CGA sur le territoire de la MAIA 92 Centre

A. Renforcer les partenariats avec les autres acteurs médico-sociaux

Le CGA doit continuer à participer aux réunions du CLIC de Boulogne Billancourt.

Il doit par ailleurs approfondir les partenariats avec les EHPAD de Boulogne Billancourt (Sainte Agnès (La Croix Rouge), Le Corbusier (ORPEA), Le Rouvray (ONAC)) et avec les SSIAD de Suresnes et Saint Cloud.

Au-delà de Boulogne Billancourt, le périmètre étendu du SSIAD et de la Plateforme des aidants confèrent au CGA la vocation à rayonner sur l'ensemble du centre des Hauts de Seine.

Le CGA doit poursuivre son investissement au sein des groupes de travail et des tables tactiques de la MAIA 92 Centre.

B. Développer des projets innovants dans le cadre de la Loi d'adaptation de la société au Vieillissement : Ehpad à domicile, SPASAD et/ou Résidence seniors

Dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, les pouvoirs publics développent par ailleurs deux autres dispositifs susceptibles de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées : le dispositif dit d'« **Ehpad à domicile** » et le **SPASAD** (service polyvalent d'aide et de soins à domicile).

D'ici la fin de l'année 2015, deux appels à projet devraient être lancés par l'ARS et le Département des Hauts de Seine, auxquels le CGA souhaiterait répondre concernant ces deux nouvelles offres de services.

Par ailleurs, l'optimisation de la parcelle de terrain située au 43 rue saint Denis pourrait aboutir à la promotion d'un **projet de Résidence Senior** qui compléterait le panel des services proposés par le CGA dans la perspective de la priorité donnée au maintien à domicile.

C. Mettre en œuvre le projet de rattachement de l'EHPAD du ROUVRAY de l'ONAC

Dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP), le Gouvernement a décidé, en juillet 2013, qu'une expertise soit menée pour étudier les modalités d'un transfert des établissements médico-sociaux de l'ONAC-VG (Office National des Anciens Combattants – Victimes de Guerre) à des acteurs professionnels du secteur. Sur la base des conclusions du rapport transmis, le gouvernement a retenu le principe du transfert des EHPAD à des établissements publics de santé ou des établissements publics sociaux et médico-sociaux de leur territoire.

L'objectif recherché par l'ONAC-VG est le transfert des autorisations, du personnel, des biens, des droits et obligations de ses établissements.

Le Centre de Gérontologie les Abondances est identifié comme repreneur pressenti pour l'EHPAD « Résidence Le Rouvray » géré par l'ONAC-VG à Boulogne-Billancourt, situé dans la même rue que le CGA et comptant 90 lits.

Ce projet de rattachement renforcera le département médico-social du CGA. L'intégration du Rouvray au CGA dans de bonnes conditions nécessitera d'harmoniser le fonctionnement et les organisations des deux établissements tout en respectant les spécificités de chacun, notamment sur le plan socio-culturel. La mutualisation des fonctions supports des deux structures devrait permettre de rendre cette opération efficiente, à l'exemple de la mutualisation de la production culinaire depuis septembre 2015.

Projet de vie sociale et culturelle

Le CGA se caractérise par une vie sociale et culturelle particulièrement riche et variée.

I. Les objectifs du service

« Il faut rajouter de la vie aux jours, quand on ne peut plus rajouter de jours à la vie ».
(*Jean Bernard, médecin*)

1- Préserver la qualité de vie des résidents

- Créer des occasions de distraction, de joie,
- Agrémenter leur cadre de vie,
- Assurer leur confort,
- Veiller à satisfaire les besoins sociaux, d'estime et de réalisation de soi.

2- Favoriser le maintien du lien social

- A l'intérieur de l'établissement entre les personnels et les résidents, et entre les résidents eux-mêmes,
- A l'extérieur de l'établissement, avec le monde extérieur,
- Avec les proches : la famille et les amis.

3- Participer au maintien de l'autonomie des résidents

- Stimuler pour faire participer,
- Proposer des stratégies d'animations en cohérence avec les projets de soins,
- Adopter une approche individuelle.

4- Contribuer à l'expression de la citoyenneté

- Inciter le résident à participer à la vie de sa commune ou de l'institution,
- Réactiver les rôles sociaux (notamment par des rencontres intergénérationnelles).

II. Les réponses en termes d'animation

1- Les animations en « grand groupe »

- Thé dansant,
- Concerts (concerts variétés, musique classique, musique du monde),
- Spectacles (dances, clown, etc.),
- Fêtes calendaires (crêpe party, carnaval, fête des voisins, Saint-Jean, fêtes de fin d'année, etc.).

2- Les animations en « petits groupes »

- Jeux,
- Revue de presse,
- Café discussion,
- Atelier peinture,
- Atelier Art des Couleurs,
- Chants,

- Anniversaires,
 - Apéritifs,
 - Gym Douce,
 - Esthétique,
 - Bibliothèque ambulante,
 - Permanence bibliothèque,
 - Atelier lecture de poèmes et de textes courts,
 - Mélimélo (animations au chevet),
 - Cuisine.
 -
- 3- Les animations personnalisées

Elles partent d'une demande précise, d'une observation lors d'une animation, d'un entretien avec la famille et l'entourage professionnel de la personne âgée. Le travail avec les soignants, médecins, psychologue...est alors essentiel. Cela fait partie du projet de vie individualisé du résident.

Exemple de projets personnalisés : sortie à la piscine, déjeuner au restaurant, sortie au café.

4- Les autres animations

- les rencontres intergénérationnelles,
- les sorties,
- les semaines nationales : semaine « chantons à tout âge », semaine bleue, semaine du goût,
- réalisation de deux expositions dans l'année,
- les conférences.

L'ensemble de ces animations sont proposées en fonction des demandes et désirs des résidents. Ainsi, chacun a le choix de participer à des animations collectives, à des animations en petit comité ou à des animations plus personnalisées. Le service met l'accent sur les sorties (sorties de proximité, sorties d'été et illumination de Noël). En effet, les demandes sont importantes dans ce domaine, et les sorties restent essentielles pour garder un lien avec l'extérieur et pour préserver ses habitudes de vie.

Les résidents de l'USLD ayant d'une manière générale des pathologies plus lourdes qu'en EHPAD, le travail d'accompagnement au chevet effectué par l'animateur y est plus important. L'animation « mélimélo » qui a été récemment mise en place, est une activité réalisée au chevet du résident. Celui-ci a la possibilité de choisir ce qu'il souhaite faire (jeux, lecture, chant ou encore discussion).

5- L'accès à la Culture

Beaucoup de résidents ont envie de découvrir de nouvelles choses, de redécouvrir des endroits autrefois fréquentés ou de partager des connaissances. Ainsi, le projet Vie Sociale et Culturelle favorise les actions culturelles en proposant régulièrement des sorties au musée ou au cinéma.

Par ailleurs, afin de rendre accessible la culture au plus grand nombre, nous programmons des animations culturelles au sein même de l'établissement : des concerts de styles différents (partenariat avec l'Association Tournesol et l'association VS art), des conférences sur des artistes, sur des pays ou sur des moments particuliers de l'histoire (une fois par trimestre). Les résidents ont également la possibilité de participer à l'atelier peinture bimensuel.

Une bibliothèque est située au rez de chaussée, et une bibliothèque ambulante va à la rencontre des personnes qui ne peuvent pas se déplacer pour emprunter un livre.

III. L'organisation de la vie sociale et culturelle aux Abondances

1- Organisation des animations

Le matin, les animations ont lieu dans chacun des établissements (EHPAD et USLD) : gym douce, revue de presse, bibliothèque ambulante, café discussion, mélimélo.

Les animations en « grand groupe » (thé dansant, concerts, ...) ont lieu dans la salle de restaurant « Les Castels », salle qui a la plus grande capacité et qui est facile d'accès pour les résidents (prendre une seule fois l'ascenseur). Les résidents de l'EHPAD et de l'USLD sont alors réunis pour une après-midi festif.

L'animatrice qui s'occupe des soins esthétique se rend au chevet des personnes qui en ont besoin, et a également une permanence une fois par semaine dans le salon de coiffure & esthétique.

2- L'animation en unité de psycho gériatrie

Des animations spécifiques sont réalisées au sein même de l'unité de psycho gériatrie. L'animateur s'adapte très rapidement et doit souvent réaliser une animation plutôt que celle qui était initialement prévue, lorsque les résidents ne suivent pas. Les animations sont : café discussion, chants, jeux de mémoire, jeux de société, etc.

L'organisation des animations sur la journée est la même que dans les autres unités. Lorsque des concerts ou spectacles sont prévus, les résidents qui le souhaitent rejoignent la grande salle pour un moment convivial.

Des sorties sont régulièrement organisées afin de garder un lien avec l'extérieur.

Six concerts privés sont réalisés au sein même de cette unité chaque année.

3- Le personnel

Le service Vie Sociale et Culturelle est composé de quatre personnes : deux aides-soignantes en reconversion professionnelle, une animatrice BPJEPS et une animatrice responsable du service. Afin de répondre au mieux aux attentes et désirs du résident, un animateur est référent de l'EHPAD.

Le personnel assiste régulièrement à des formations (formation premiers secours, formation bientraitance...).

Dans la mesure du possible, le personnel soignant participe aux animations « en grand groupe », et organise des temps d'animations en parallèle à « l'animation centrale » (chacun peut mettre en avant un savoir-faire, ou tout simplement profiter du goûter pour discuter, écouter de la musique, etc.).

4- Les lieux d'animations

Les animations sont réalisées le plus souvent dans la salle d'animations au 2^{ème} étage. Elles peuvent également avoir lieu en salle à manger, sur la terrasse ou dans le jardin. Les animations en « grand groupe » ont lieu dans la salle de restaurant « les Castels », ou en salle d'exposition. La salle polyvalente est aussi utilisée pour la cuisine. 4 fois par ans des concerts privés sont réalisés dans la chambre du résident.

Les animateurs disposent également d'un bureau.

La salle de spectacle des Abondances est utilisée pour l'organisation de concerts, de rencontres intergénérationnelles et pour les fêtes de fin d'année.

5- Communication

- Programme mensuel (distribué à tous les résidents),
- Affichage du programme de la semaine dans les unités, le restaurant, le pôle information, et les ascenseurs,
- Affiches des concerts et spectacles prévus,
- Journal « L'abondancien » (journal trimestriel qui retrace ce qui a été fait, et les événements à venir).

IV. Les partenariats

1- Avec les Associations

- Suivi des interventions des bénévoles dans notre structure, en particulier :
 - L'Association pour l'Animation des Personnes de la Maison de Retraite des Abondances (**AAPMR**) et Association **VMEH**, qui participent à l'organisation des moments conviviaux et festifs, animent le « café tricot », co-gèrent la bibliothèque ...
 - L'Association Soins Palliatifs (**ASP**) qui accompagne individuellement les résidents en fin de vie, et parfois leurs proches, par une présence au chevet et selon leurs besoins,
 - L'Association **Petits frères des pauvres**, l'**Ordre de Malte** et l'association **Ohr hanna** qui rendent visite à certains résidents
 - L'**aumônerie** qui propose un accompagnement spirituel des résidents et de leurs familles et organise une messe hebdomadaire
 - L'Association **France Alzheimer** qui finance un certain nombre de projets dont l'actuel projet d' « atelier mosaïque » sur le thème des 4 saisons avec trois autres établissements médico-sociaux)
 - L'association « **Compagnie Jayann'Act** » qui anime des ateliers d'expression théâtrale pour les résidents en contrepartie de la mise à disposition de salles pour ses répétitions et spectacles,
 - L'**institut des Haut de seine** qui offre chaque année des moments festifs : le festival les « chœurs vermeils » et l'opération « sourire de Noël »,
 - L'association **Harmony Chœur** qui propose des concerts pour les résidents en échange de la mise à disposition d'une salle pour les répétitions de cette chorale pour adultes

2- Avec les Partenaires extérieurs

- De nombreux projets inter-générationnels sont développés ainsi que des projets inter-établissements dans le cadre de partenariats variés, notamment avec les établissements suivants de Boulogne Billancourt et de Paris 16^{ème} : l'EHPAD Le ROUVRAY (ONAC) , l'EHPAD Sainte Agnès et l'Hôpital Henri Dunant (La Croix Rouge) et l'EHPAD Le Corbusier (ORPEA).

Citons notamment les projets en cours suivants :

- L'opération inter-établissements « **Couleurs de quartier** » qui fédère depuis 2015 plusieurs établissements de l'Ouest parisien autour de projets d'art plastique communs,
- La Chorale intergénérationnelle organisée par l'**Association Cœurs en Chœurs**, à laquelle participent les EHPAD alentours, les clubs séniors et le centre de loisir Abondances ;
- Les rencontres régulières intergénérationnelles avec les enfants de l'**Ecole élémentaire Albert Besançon**, les élèves du **Lycée Etienne-Jules Marey**,
- La réalisation de courts métrages intergénérationnels avec la troupe **Les enfants de la Comédie**
- L'accueil de jeunes musiciens pour des concerts dans le cadre d'un partenariat avec le **Conservatoire Régional de Boulogne Billancourt**
- Le projet intergénérationnel pour la « paix dans le monde » avec l'association « **Initiative et changement** »
- Le partenariat avec l'établissement **Gustave BAUVOIS** (CAVS) autour d'ateliers d'arts plastiques,

Projet Qualité / Gestion des risques

Selon la définition de l'OMS, la qualité des soins est « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Les enjeux de la qualité pour un établissement de santé ou médico-social est donc un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugement multiples qui peuvent être classés en quatre catégories : les enjeux humains et de santé publique, l'enjeu organisationnel, les enjeux économiques et les enjeux de gestion

Le projet d'établissement 2009-2013 comprenait non pas un projet qualité en tant que tel mais les grandes lignes d'une politique qualité. La volonté affichée du projet d'établissement 2015-2019 est d'intégrer un volet qualité complet, s'appuyant sur les travaux réalisés entre les deux projets d'établissements, mais également sur les résultats des précédents cycles de certification, pour la partie sanitaire de l'établissement, et d'évaluation pour le Département médico-social.

Ce projet se nourrit également des recommandations de la H.A.S. (Haute Autorité de Santé) ou de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), ainsi que des priorités repérées par les acteurs de terrain.

Après avoir dressé le bilan de l'existant en matière de qualité et de gestion des risques, ce document présentera le pilotage du projet et les grands axes qui seront développés sur les prochaines années.

I. Bilan de l'existant

A. La mise en place de la qualité et gestion des risques

La politique de qualité et de gestion des risques menée aux Abondances s'inscrit dans la continuité de celle menée depuis 2005. Ainsi, de 2008 à 2010, l'ensemble des personnels administratifs, médicaux et paramédicaux se sont impliqués dans la démarche de certification et leurs efforts ont été reconnus puisqu'en novembre 2010, à l'issue de la visite des experts-visiteurs, l'HAS a prononcé la certification de l'établissement sans réserve, en l'invitant cependant à poursuivre sa démarche d'amélioration sur les points particuliers suivants :

1. Amélioration du management :

- Organisation de plans d'urgence
- Organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé (pharmacovigilance et matériovigilance)
- Evaluation de la satisfaction des correspondants externes
- Evaluation de la politique des ressources humaines

2. Amélioration de la prévention des risques :

- Organisation de la gestion des risques
- Hiérarchisation et traitement des risques
- Amélioration de la sécurité des personnes

3. Amélioration de la prise en charge médicamenteuse, en particulier concernant le contrôle de l'administration des médicaments

4. Amélioration du respect des droits du patient, en particulier concernant l'adaptation de l'accueil et des locaux aux handicaps du patient et/ou de son entourage

Remplaçant le COVIRIS, le COGERISQ, a été mis en place en 2011. Il constitue un organe important de coordination des différents professionnels intervenant de façon active dans la gestion des risques, permettant de mettre en place et d'articuler les différentes actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Fin 2012, la politique de qualité et de gestion des risques a connu un nouvel élan avec recrutement d'un nouveau qualitatif et d'une assistante de qualité. Cette « cellule qualité » a été intégrée en septembre 2012 à la Direction regroupant la coordination générale des soins, la qualité, la gestion des risques et les relations aux usagers.

B. Les cycles de la certification/évaluation et leurs résultats

La démarche de certification et d'évaluation du Centre de Gérontologie « Les Abondances » s'inscrit à la fois dans le cadre réglementaire :

- **Code de la Santé Publique (Article R6113-12) :** « La procédure de certification des établissements de santé et organismes mentionnés à l'article L. 6113-4 a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de leur organisation interne ainsi que de la satisfaction des patients. La certification prend en compte les mesures prises par les établissements de santé, en vertu de l'article L. 1110-7, pour assurer le respect des droits des personnes malades, les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients prévue à l'article L. 1112-2 et l'amélioration des pratiques hospitalières résultant des mesures prises dans le cadre des accords prévus à l'article L. 6113-12. »
- **Code de l'Action Sociale et des Familles (Article L312-8) :** « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret. »

Mais également dans le souci d'assurer et d'améliorer, pour l'ensemble des personnes accueillies au sein de notre établissement, une prise en charge de qualité et respectueuse de leur projet de vie.

La certification V2010

La visite de certification V2010 s'est déroulée du 1er au 4 avril 2014. Si 91% des critères du référentiels HAS V2010 ont été cotés A ou B par les experts visiteurs, certains critères feront l'objet d'un plan d'amélioration sur la période 2015-2019 :

- Engagement dans le développement durable.
- Gestion documentaire.
- Hygiène des locaux.
- Évaluation des risques à priori.
- Gestion du dossier du patient.
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Evaluation interne/externe

La démarche d'évaluation interne s'est déroulée sur deux semaines, du 09/12/2013 au 20/12/2013 sur les trois structures, l'EHPAD, le SSIAD et l'Accueil de Jour. 62 professionnels y ont participé. Les trois rapports d'évaluation ont été transmis à l'ARS et au Conseil Général d'Ile de France en janvier 2014

De même, l'évaluation externe s'est effectuée du 17 au 20 novembre 2014 pour l'EHPAD, le SSIAD et l'Accueil de Jour. Le rapport final a été transmis conformément à l'article D 312-200 du Code de l'Action Sociale et des Familles l'envoyer à l'autorité ayant délivré l'autorisation (ARS et Conseil Général d'Ile de France) avant le 31 décembre 2014.

II. Pilotage du projet qualité/Gestion des risques

La gestion des risques institutionnelle du Centre de Gérontologie s'appuie sur le Comité de Gestion des Risques (COGERISQ), un outil de pilotage transversal à l'établissement. Il est présidé par le directeur. Il se réunit au moins 5 fois par an. Il traite à posteriori les événements indésirables et l'ensemble des risques de l'établissement. Sa composition est pluri professionnelle. Il est amené à se réunir en COGERISQ exceptionnel sur des situations précises (plan blanc-plan canicule etc.) ou à la demande de ces membres. Les référents des vigilances sanitaires en font partie d'office. Les commissions issues de la CME sont organisées par risques spécifiques. Le Comité de Retour d'Expérience (CREX) étudie des événements indésirables. La commission d'identitovigilance gère le risque lié à l'identification du patient.

Afin de piloter de manière cohérente et globale, le respect des droits des patients/résidents d'une part et la promotion de la démarche qualité et sécurité des soins d'autre part, une Direction regroupant la coordination générale des soins, la qualité, la gestion des risques et les relations aux usagers a été mise en place. Positionnée comme un acteur institutionnel stratégique dans le nouvel organigramme fonctionnel de l'établissement, cette Direction a été chargée à la fois de l'encadrement paramédical des services de soins, de la qualité et des relations avec les usagers. Elle constitue un levier puissant pour mobiliser les différents acteurs de l'établissement, de par la polyvalence des compétences qu'elle regroupe mais aussi par sa ramification dans les services, au plus près des soins, des patients/résidents et de leurs familles.

III. Le projet Qualité/Gestion des risques

En lien avec le Projet Médical et le Projet de Soins, le projet Qualité/Gestion des risques se décline en trois principaux axes :

- RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

La démocratie sanitaire a été consacrée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui reconnaît les droits attachés à la personne dans ses relations avec le système de santé. De même, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers afin que soit effective l'exercice de la citoyenneté dans les établissements médico-sociaux.

- QUALITE SÉCURITÉ DES SOINS ET GESTION DES RISQUES

La qualité, la sécurité des soins et la gestion des risques sont trois domaines complémentaires qui participent aux évolutions profondes de culture professionnelle. Ces trois domaines sont un facteur de changement important au sein de l'établissement et agissent sur tout ce qui contribue à la prise en charge des patients : organisation, efficience de la prise en charge, traçabilité, prévention des risques, responsabilité.

- POURSUITE DE LA DYNAMIQUE D'ÉVALUATION

2013 et 2014 ont été marqués par la démarche de certification V2010 du pôle sanitaire et celle de l'évaluation pour le département médico-social. Ces deux démarches ont permis d'élaborer un plan d'amélioration de la qualité et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Il s'agit pour ce nouveau projet d'établissement de poursuivre cette dynamique d'amélioration de la qualité avec notamment de nouveaux outils à mettre en œuvre.

A. Respect des droits des patients/résidents

La personne âgée, souvent vulnérable, a besoin d'être aidée et orientée. Afin que la relation entre soignants et patients/résidents se développe dans la confiance et le respect mutuel, le respect des droits des patients/résidents est une des priorités du Centre de gérontologie Les Abondances.

1. Réaffirmer les valeurs de l'établissement

Constats : Le Centre de gérontologie Les Abondances prône des valeurs comme la dignité de la personne humaine et le prendre soin de la personne dans son intégralité. D'autres notions fortes sont véhiculées au sein de tous les services comme l'information du patient/résident sur son état de santé et les soins proposés et la nécessaire recherche de son consentement éclairé. Ces notions touchent tous les professionnels de l'établissement et sont régulièrement rappelées.

Actions :

- Améliorer l'information des usagers et des familles sur l'état de santé et les soins proposés
- Rechercher le consentement éclairé du patient/résident
- Poursuivre la sensibilisation des professionnels sur le respect de la confidentialité des informations

2. Promouvoir les droits des patients et des résidents auprès des personnels

Constats : Les droits des patients et résidents sont énoncés à travers des textes législatifs et réglementaires. De même, les chartes de la personne hospitalisée et des droits et libertés de la personne accueillie sont affichées sur les différents panneaux d'information de l'établissement.

Actions :

- Poursuivre la sensibilisation des professionnels aux droits des patients et des résidents
- Former les personnels soignants à l'intérêt des directives anticipées et de la personne de confiance
- Faciliter l'accès au dossier médical
- Améliorer la mise en œuvre des dispositifs relatifs aux droits des patients en fin de vie

3. Renforcer l'effectivité des droits des usagers par la participation des représentants des usagers et des usagers à la vie de l'établissement et le traitement des plaintes et réclamations

Constats : La représentation des usagers dans les instances permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de leurs représentants, au fonctionnement de l'établissement. Ainsi, la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge est informée de l'ensemble des réclamations adressées à l'établissement de santé ainsi que les réponses apportées. De même, le Conseil de la Vie Sociale donne son avis et émet des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement.

Actions :

- Améliorer la prise en compte de la parole des usagers et de leur famille
- Maintenir l'articulation forte entre le système de gestion des plaintes et réclamations et le dispositif de signalement des événements indésirables
- Favoriser la médiation médicale si besoin

B. Qualité sécurité des soins et gestion des risques

Les organisations avec une culture effective de la sécurité sont caractérisées par des perceptions partagées sur l'importance de la sécurité et une confiance dans l'efficacité des mesures de prévention et des actions correctives. Le développement de cette culture vise à intégrer réellement la démarche qualité et sécurité dans les pratiques quotidiennes de chacun des professionnels.

1. Sensibiliser et impliquer les professionnels et les patients/résidents dans les démarches qualité et sécurité des soins

Constats : La Semaine Sécurité des patients est désormais un rendez-vous incontournable dans l'agenda de l'établissement. De même, l'implication des professionnels dans les démarches de certification ou d'évaluation participe à cette même dynamique.

Actions :

- Poursuivre les actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé et des usagers (semaine sécurité, lavage des mains, ...)
- Poursuivre et renforcer les actions de formation, avec notamment le Développement Professionnel Continu (DPC)
- Poursuivre les affichages réguliers des résultats d'audits ou de questionnaires de satisfaction

2. Garantir la maîtrise et la gestion des risques

Constats : L'établissement dispose d'ores-et-déjà de nombreux outils pour assurer la maîtrise et la gestion des risques : le document unique des risques professionnels, les fiches d'événements indésirables, les plans de gestion des crises (plan blanc et plan bleu), la fiche de constat de chutes, ... De même, le COGERISQ mis en place en 2011 constitue un organe important de coordination des différentes commissions intervenant de façon active dans la gestion des risques.

Actions :

- Développer l'analyse de scénarios cliniques d'événements indésirables grave en COGERISQ
- Développer la gestion des risques au niveau des équipes
- Mettre à jour régulièrement la cartographie générale des risques

3. Renforcer la coordination efficace des vigilances

Constats : Sur la base des orientations et exigences définies par les autorités en matière de sécurité des soins, des référents vigilances ont été nommés pour toutes les vigilances concernant l'établissement (pharmacovigilance, infectiovigilance, identitovigilance, matériovigilance, ...).

Actions :

- Améliorer l'organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

4. Assurer un système qualité efficace

Constats : Le système qualité repose sur l'amélioration continue des pratiques et sur une gestion documentaire accessible à l'ensemble des professionnels.

Actions :

- Ecrire ou mettre à jour les procédures, protocoles et fiches techniques
- Améliorer l'accessibilité des documents

C. Poursuite de la dynamique d'évaluation

1. Situer le patient/résident au cœur des préoccupations

Constats : Des enquêtes de satisfaction mesurent la satisfaction des patients/résidents sur différentes composantes de leur prise en charge (prise en charge globale ; attitude des professionnels ; communication avec les professionnels ; information; restauration; commodité de la chambre ; score de satisfaction globale). Elles permettent de rendre le patient/résident co-acteur de sa prise en charge, en lui donnant la parole sur son ressenti. Il sert également d'élément permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration au plus près des attentes des patients/résidents.

Actions :

- Développer des enquêtes de satisfaction spécifiques pour les patients/résidents ayant des troubles cognitifs
- Améliorer la communication des résultats des enquêtes de satisfaction réalisées

2. Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Constats : Une Commission EPP a été créée en octobre 2013 afin de définir, structurer et suivre la démarche EPP dans l'établissement.

Actions :

- Poursuivre la dynamique engagée
- Sensibiliser les professionnels soignants et médicaux à l'importance des programmes EPP
- Poursuivre et renforcer les actions de formation, avec notamment le Développement Professionnel Continu (DPC)

3. Mise en œuvre du compte qualité

Constats : Le compte qualité traduit la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration. Cependant, au-delà de la réponse aux exigences réglementaires, l'enjeu consiste à accompagner les équipes à construire les indicateurs de pratiques cliniques dans le cadre du projet médical d'établissement, afin d'ancrer leur suivi au quotidien.

Actions :

- Déterminer un/des indicateurs de suivi pour toutes les actions d'amélioration prioritaires
- Suivre les indicateurs à période définie lors des COGERISQ
- Mettre à jour régulièrement la cartographie générale des risques

4. La méthode du patient-traceur

Constats : Le déploiement de cette méthode dans l'établissement contribue au développement d'une culture qualité et sécurité des équipes. Le choix à privilégier dans la sélection des profils de patients-traceurs est réalisé en fonction des plaintes et des réclamations, des événements indésirables, des résultats d'enquêtes de satisfaction, ...

Actions :

- Former les professionnels à cette méthode afin d'obtenir l'adhésion et la participation des équipes
- Déployer la méthode du patient-traceur pour tous les secteurs de l'établissement

Projet de soins / Sécurité des soins

Introduction

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est un des socles constitutifs du projet d'établissement. Il est la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical, mais a aussi ses propres axes de développement en gérontologie. Par ailleurs, les évolutions qui s'opèrent dans les pôles clinique et médico techniques, et dans le département médicosocial conduisent à une formalisation plus intégrée, vers le «*projet de prise en charge globale du patient*» et de son parcours de soins dans la filière gériatrique de territoire et la MAIA 92 Centre.

Le suivi annuel du projet de soins permet de rendre compte des réalisations et d'évaluer régulièrement les résultats obtenus dans les pratiques professionnelles soignantes. Ce bilan d'étape est réalisé en CSIRMT.

Le Centre de Gérontologie Les Abondances accueille à la fois des patients en situation de réadaptation (SSR) mais aussi des patients pour des séjours longs en USLD et en EHPAD. Le projet de soins intègre alors le projet de vie : «*un projet de soin dans un lieu de vie*» présentant une approche plus humaniste et relationnelle.

Un projet opérationnel et réalisable

Le projet de soins est un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de **pratique clinique, d'organisation, de management, de formation**. Il se veut résolument opérationnel et réalisable, afin d'engager concrètement chaque professionnel dans la dynamique impulsée par les axes forts du projet d'établissement et de son contexte.

Des valeurs partagées et une sécurité des soins assurée

Il se base sur des valeurs partagées par les professionnels ainsi que sur leurs compétences. Il définit les orientations stratégiques et **d'amélioration continue des pratiques professionnelles**. Le respect de la réglementation, les procédures de certification, d'évaluation externe médico-sociale, la gestion des risques associés aux soins, la traçabilité des actes constituent quelques exemples de l'obligation de résultats attendus des soignants et des tutelles. Le projet de soin respecte les **valeurs professionnelles** des acteurs de soins et s'inscrit dans le cadre juridique qui régit chaque fonction.

La valorisation des droits des usagers

Le projet de soins prend en compte les droits des usagers, Dans cet environnement complexe et mouvant, le projet de soins doit être une réponse aux **attentes des usagers et un fil conducteur pour les soignants**. Enfin, l'organisation du secteur sanitaire en pôles d'activités clinique et médico technique sous-tend une déclinaison du projet de soins au sein des pôles, avec la mise en place d'indicateurs de résultats spécifiques.

I. Le cadre juridique

Le projet de soins est un document réglementaire précisé dans plusieurs textes. Le projet de soins fait partie intégrante du projet d'établissement comme il l'est précisé dans l'article L 6143-2 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n°2010 du 23 février 2010.

Le Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son article 4 alinéa 3 : « Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, en cohérence avec le projet médical et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ».

Enfin, le même décret relatif à la CME dans les établissements publics de santé précise qu'elle est consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Le projet de soins trouve également des points d'ancrage dans des orientations fortes du cadre législatif et réglementaire, en particulier concernant :

- **les droits de la personne soignée** tels qu'ils sont définis et reconnus dans la Loi du 04 mars 2002 ;
- **l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité, de la prévention et gestion des risques** conformément aux Ordonnances du 24 avril 1996 ;
- **la mise en œuvre des démarches évaluatives** telles que préconisées dans la Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et celles de l'évaluation des pratiques professionnelles requises par les procédures de certification (V2 et V2010) ;
- **la réévaluation des missions de la CSIRMT** par la Loi relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 en lien avec le renforcement de la gouvernance de l'hôpital.

II. Le contexte institutionnel

Le contexte de la mise en œuvre du projet de soins est déterminé par la spécificité en gérontologie de l'établissement et son environnement. Le **soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées** est intégré dans le schéma départemental des hauts de seine. Le développement des partenariats et la garantie des articulations entre secteurs sanitaires et médico-social font parties des priorités du projet d'établissement.

A. Evolution des activités et offre de soins : des projets fédérateurs

Le pôle clinique de gériatrie s'oriente vers le développement d'activités ambulatoires, une activité de consultation avancée mémoire, une activité de consultation post-AVC, une évaluation gérontologique de dépistage des états de pré fragilité et de fragilité, une consultation d'évaluation des troubles de la marche, une évaluation buccodentaire. Il souhaite aussi conventionner avec les EHPAD alentour au travers de contrats d'interventions et d'expertises développées dans le cadre des commissions. L'extension de 15 lits HDJ autorisés sur 7 jours selon 2 axes, les patients aux pathologies fonctionnelles et ceux aux troubles cognitifs, est demandée car les besoins patients âgés sont importants. En matière d'activité hospitalière complète, la création d'une UHR en SLD et d'une UCC en SSR sont aussi à promouvoir.

Le département médicosocial pérennise ses activités d'aide aux aidants avec la plate forme d'accompagnement des aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le SSIAD envisage de développer un SSIAD de nuit qui permettrait d'assurer une prise en charge des soins sur 24 heures à domicile. L'EHPAD développe son ouverture sur la ville et crée des partenariats.

B. Travaux d'humanisation de l'USLD

Les travaux d'humanisation de l'USLD ont une incidence sur l'organisation des soins en raison du regroupement des résidents sur un seul bâtiment : les soins en chambre double nécessitent une grande vigilance sur le respect de l'intimité, de la confidentialité et des règles d'hygiène ainsi qu'une communication adaptée avec les proches. Les circuits sont modifiés et plus complexes jusqu'à la fin des travaux pour les transports des repas, les livraisons, le circuit des usagers. La réouverture des 2 ailes de l'USLD permettra de répondre aux qualités d'accueil souhaitées par les résidents et leur entourage.

C. Organisation des équipes soignantes

Sur l'hospitalisation complète et à l'EHPAD, l'équipe d'encadrement organise des soins sur 24h entre 2 équipes jour et nuit. L'équipe de nuit est coordonnée par un infirmier qui assure des missions d'organisation, de formation et de respect des pratiques professionnelles.

De jour, l'organisation des soins est conditionnée par le temps de travail journalier des professionnels et le roulement de deux équipes qui alternent majoritairement en 11 heures de travail (12 heures de présence) ce qui permet un suivi complet des soins sur la journée. La transmission entre équipes est favorisée par l'informatisation du dossier patient.

III. Du projet de soins 2009 – 2014 vers le projet 2015 – 2020

Le projet de soins et le projet de vie des patients/résidents s'inscrivent dans une prise en charge globale tout au long de son parcours de soins. La sécurité des soins est intégrée à la gestion des risques liée aux pratiques soignantes. L'approche par la gestion des risques associés aux soins est retenue comme méthode permettant de les hiérarchiser et de les prioriser et de mettre en place des actions avec l'équipe soignante.

Les axes stratégiques du projet de soins

Six grands axes du projet de soins constituent le cœur des métiers soignants :

- améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient/résident ;
- optimiser la qualité, la sécurité et la gestion des risques liées aux soins ;
- assurer la traçabilité des soins et le suivi des indicateurs qualité ;
- développer l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- piloter et organiser les compétences managériales et soignantes ;
- contribuer à la formation ;

A. Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient/résident.

Le projet de soin intègre la promotion de **parcours de soins adaptés aux besoins des patients** afin de concilier, au mieux, qualité des pratiques soignantes et efficacité. La mise en œuvre de parcours de soins est un moyen d'améliorer les services aux patients, en assurant continuité et coordination entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médicosocial et les différents professionnels intervenant autour des malades.

Plusieurs portes d'entrée de l'établissement sont possibles dans le parcours de soins du patient/résident. L'amélioration du parcours se fait grâce à la communication entre professionnels des différentes structures d'accueil du Centre de Gérontologie et à une connaissance pointue du contexte environnemental incluant les modes de vie et l'entourage. La démarche, pour promouvoir des parcours de soins coordonnés, est fondée sur les bonnes pratiques, adaptées à la situation et aux besoins de chaque patient.

L'évaluation des patients est une première étape du projet de soin et du projet de vie. L'implication du patient et /ou des proches est très importante pour pouvoir répondre à leur attente et les accompagner dans cette démarche souvent difficile.

La prise en charge soignante est organisée pour **favoriser l'autonomie des patients et leur participation active dans la mesure du possible**, aider à la prise des repas, à la toilette, mais ne pas faire à la place du patient. L'évaluation de l'autonomie est l'étape opérationnelle de prise en charge qui va permettre à l'équipe de s'organiser quotidiennement pour assurer les fonctions de bases, l'hygiène corporelle, l'alimentation, les soins infirmiers et la prise en charge de rééducation-réadaptation.

B. Optimiser la qualité, la sécurité et la gestion des risques associés aux soins

L'approche par **risques associés aux soins** spécifiques des patients âgés est un élément clé de la démarche de certification et d'évaluation externe médicosociale. Les risques au cours de la prise en charge des personnes âgées sont connus, ils sont ensuite priorisés pour chaque projet de soins individualisé.

Le projet de soin personnel du patient résulte d'un **travail pluri professionnel** des infirmiers, aides soignants, ASH, kinésithérapeutes, diététiciennes, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien en collaboration avec les médecins gériatres, les psychologues.

L'évaluation de la **fragilité** des patients s'effectue à partir des grilles d'évaluation, pour mesurer les risques et prioriser les axes de la prise en charge. Une part importante des patients présentent des troubles cognitivo-comportementaux ce qui modifie l'approche des prises en charges et le développement de compétences spécifiques.

Lors du processus de prise en charge du patient, les principaux risques sont les suivants :

- L'**identitovigilance** particulièrement importante du fait qu'un grand nombre de patients ont des difficultés à s'exprimer.
- Les troubles nutritionnels : **déshydratation, dénutrition**
- Le risque de **fausse-route**
- Le risque d'**escarres**
- Les **chutes**
- Le risque **infectieux**
- La prise en charge de la **douleur aigue, chronique, en soins palliatifs.**
- Les risques liés aux **troubles cognitivo-comportementaux** présents chez de nombreux patients.
- Le risque de **sortie à l'insu**
- Le risque de **maltraitance**
- Le risque lié à **la prise en charge médicamenteuse.**

C. Assurer la traçabilité des soins et le suivi des indicateurs qualité

L'informatisation du dossier du patient sécurise la prise en charge car le dossier regroupe les informations permettant un suivi permanent des soins et de la prise en charge médicamenteuse. Les équipes de soins, formées aux grilles d'évaluation (douleur, escarre etc.) et à la traçabilité des actes, ont accès aux informations nécessaires à leurs pratiques en fonction de chaque profession.

Projet de soins. L'objectif d'amélioration de la traçabilité est permanent. Le logiciel permet de suivre les indicateurs qualité indispensables à l'évaluation des prises en charge.

Projet de vie en SLD et EHPAD. Il est rédigé lors de chaque admission d'un nouveau résident, avec lui-même si c'est possible, avec l'aide des proches et avec l'équipe soignante. L'intégration dans le dossier informatisé est en cours. Dans un 2^{ème} temps, il s'agit d'effectuer une synthèse annuelle et de le réactualisé dans le même temps.

D. Développer l'évaluation des pratiques professionnelles

La culture de l'évaluation des pratiques professionnelles est un axe de développement important auprès des équipes. Elle nécessite de travailler sur les déclarations d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS), c'est à dire tout incident préjudiciable à un patient survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (cf. décret 2010-1408 du 12 novembre 2010). Il peut s'agir d'un évènement qui a provoqué ou qui aurait pu provoquer un dommage au patient.

Les outils utilisés sont de 3 ordres : les retours d'expérience, les EPP évaluations des pratiques professionnelles et les audits de processus.

1. Retours d'expérience (REX)

Les REX sont gérés en comité de retour d'Expérience (CREX) selon la méthodologie suivante en 4 étapes successives :

- **Connaitre.** Les événements indésirables associés aux soins sont identifiés, leur collecte est organisée grâce aux déclarations d'évènements indésirables, dans le logiciel de gestion documentaire et au recueil des réclamations. Ceux qui seront analysés, sont sélectionnés et documentés.
- **Comprendre.** Il s'agit de présenter de manière chronologique complète, précise et non interprétative l'évènement puis de procéder en équipe à son analyse approfondie et systémique.

- **Agir.** Un plan d'action est alors défini en équipe professionnelle
Partager. Communiquer en échangeant les enseignements retirés de l'analyse pour permettre la progression des professionnels et de l'organisation.

2. Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Les pratiques professionnelles à risque sont identifiées, évaluées, et suivies d'actions. Le comité EPP est structuré et pluri professionnel.

3. Audit de processus

Les principaux processus de prise en charge du patient de son entrée à sa sortie mettent en évidence des points à risque. Pour exemple : le processus de prise en charge médicamenteuse du patient a été évalué en équipe avec l'outil ArchiMed, les points à risque ont été déterminés et sont suivis d'actions correctives, elles-mêmes évaluées.

E. Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes

La première cause profonde des **événements porteur de risques (EFR) est liée à des facteurs d'équipes soit 27%** (Chiffres clés – Sécurité du patient : la HAS se mobilise pour réduire les risques associés aux soins – Service presse, mai 2015). Dans un tiers des cas les problèmes de communication entre professionnels sont retrouvés (37%), dans 15%, il s'agit de dysfonctionnements dans les transmissions et les alertes, 12% concernent des facteurs liés à la répartition des tâches, 11% aux informations écrites, 11% l'encadrement et la supervision et la communication vers le patient et son entourage (9%).

La qualité du management des équipes est un point fort pour une bonne prise en charge des patients selon 3 axes **la communication, la confiance et l'autonomie professionnelle**. Le fait de « travailler ensemble » s'articule autour des projets partagés qui fédèrent les équipes.

F. Contribuer à la formation

La contribution à la formation est double, d'une part la **formation initiale de jeunes professionnels** en stage sur l'établissement source permanente d'apprentissage. C'est aussi un regard extérieur et des échanges favorables à une discussion sur les pratiques professionnelles.

D'autre part, la **formation continue des professionnels alliée au DPC** s'appuie sur les priorités définies dans le plan de formation de l'établissement et sur les recommandations de la certification V2010.

Les **équipes opérationnelles soignantes**, organisées par risque, sont spécifiquement formées et deviennent référentes et formatrices auprès de leur collègue, pour assurer le respect des protocoles et procédures de prise en charge des patients. Pour exemple : les équipes opérationnelles hygiène, escarre, nutrition, douleur, soins palliatifs, bientraitance...

La mise en place de la Gestion Documentaire Electronique (GED) permet à tous les professionnels d'avoir accès aux protocoles, aux procédures et aux informations nécessaires à des pratiques quotidiennes de qualité.

Projet du Système d'Information

Le système d'information doit accompagner l'établissement dans l'atteinte de ses objectifs. Ces objectifs, sont déclinés par rapport à la stratégie de l'établissement et la politique mise en place par la direction.

Il doit notamment contribuer, par une meilleure circulation de l'information, à renforcer la notion de communauté médicale et soignante au service d'un patient.

Enfin, le système d'information se voit fixer un objectif propre de maîtrise de ses coûts de maintenance et d'évolution. L'atteinte de cet objectif passe par la mise en place d'un système d'information répondant aux principes d'urbanisation, tout particulièrement en matière :

- De cohérence des données et d'unicité des référentiels transverses ;
- D'interopérabilité interne et externe ;
- De mutualisation fonctionnelle des services offerts ;
- D'unification du poste de travail

Le tableau ci-dessus récapitule les **objectifs opérationnels** auxquels doit répondre le système d'information :

Libellé	Description
1-Favoriser les échanges et la coordination entre tous les partenaires de la prise en charge	<p>Le développement de modes de prise en charge alternatifs, ainsi que la qualité de la prise en charge coordonnée du patient nécessitent de disposer d'un SI plus ouvert vers l'extérieur pour développer les échanges avec la médecine de ville et les réseaux de santé (Échange d'information patient, Ouverture à l'extérieur des prises de RDV, etc.).</p> <p>Notre dossier patient répond aux exigences de confidentialité des données d'autant plus strictes qu'il lui est possible d'être accessible de l'extérieur par des utilisateurs externes à l'établissement. (DMP)</p> <p>Les échanges de données nominatives avec les correspondants externes exigent de disposer d'un système de messagerie sécurisé.</p>
2-Contribuer aux équilibres médico-économiques	<p>Le système de production de soins doit apporter sa contribution à la maîtrise des équilibres financiers dans le contexte de la T2A : alertes sur les redondances de prescriptions associées aux produits de santé ou aux examens, aide à la prescription, ...Faciliter l'accès aux différents indicateurs ...</p>
3-Garantir la qualité et la continuité de la prise en charge du patient	<p>Le SI doit être organisé autour d'un dossier patient partagé transverse à l'établissement, facilitant la communication des informations patient (administratives, médicales, soins, paramédicales). La qualité de ce dossier passe notamment par la non-redondance des informations et par la complétude de transmission des comptes rendus et des résultats d'examens : le dossier patient doit communiquer avec les autres outils de production de soins.</p> <p>Le SI doit répondre aux exigences de continuité de service (disponibilité et performance), tout particulièrement pour les unités en activité continue : systèmes de redondance, plan de reprise d'activité, etc.</p> <p>La qualité de la prise en charge du patient repose sur la continuité et la simplicité de circulation d'information, au travers de solutions techniques en garantissant un système d'information communicant en interne et avec l'extérieur (EAI)</p>

4-Maîtriser les coûts de maintenance et d'évolution du SI	La maîtrise des coûts de maintenance et d'évolution du SI nécessitent de s'appuyer sur un SI urbanisé, mettant en œuvre des solutions de marché, privilégiant la mutualisation des solutions dès lors que les spécificités de certaines spécialités ou de certains modes de prise en charge peuvent être supportés par ces solutions. La construction et l'évolution de notre SI privilégiera donc une approche par les processus et les fonctions partagées à une approche par les spécialités.
5-Intégrer les exigences de l'hôpital numérique pour un SI plus efficient	Mettre en place les préconisations de l'hôpital numérique pour un SI répondant aux nouvelles normes de sécurité et d'évolution.

Les projets du SIH de l'établissement à mettre en œuvre sur la période 2015-2019 sont présentés dans la liste ci-dessous.

Gestion du Portefeuille de Projets SIH-CGA

PROJET	ANNEE	DEPLOI MENT	OBJECTIFS	ETAT
PESV2	2014	En productio n	Dématérialisation des flux échangés avec la trésorerie Sécurisation des flux mandats et titres en intégrant la signature électronique.	2ème phase du projet, dématérialisation générale en complément de la dématérialisation de la paie (GRH) déjà réalisée -Pièces justificatives DRH - Marchés 2016/2017
TUPI	2015	En productio n pour le SSR/HDJ	Possibilité de paiement pour un particulier de régler sa facture en ligne via l'application TIPI	A généraliser pour les séjours ACJ 2016
CCTP Marché SI	2015	Attribué	Elaboration du CCTP du marché informatique : "Acquisition et renouvellement de matériels informatique et prestations associées"	Terminé 05/2015
Onduleurs	2015	Productio n	Equipement de la salle informatique d'onduleurs puissants de dernière génération et de grande autonomie palliant toutes coupures de courant plus longue et remplaçant les anciens HS	Terminé 06/215
GREF en Web	2015	Productio n	Migration du module GREF en version web	Terminé 09/2015
Climatisation	2015	Productio n	Répondant aux mesures de sécurité, redondance de climatiseurs dans la salle des serveurs, bâtiment C	Terminé 06/2015

Gestion du Portefeuille de Projets SIH-CGA

PROJET	ANNEE	DEPLOI MENT	OBJECTIFS	ETAT
Remplacement des serveurs Citrix	2015	Production	Consolidation de la mémoire RAM des serveurs physiques Citrix afin d'optimiser le temps de réponse des applications	Terminé 05/2015
Duplicata	2015	Production	Dans le cadre de la continuité des soins, mise en place du module Duplicata d'Osiris pour pallier tous dysfonctionnements d'accès au DPI	Terminé 02/2015
EditPres	2015	Production	Mise en place d'édition des prescriptions accessible via le réseau dans le cas de panne d'accès au logiciel Pharma	Terminé 03/2015
GLPI	2015	Production	Réalisation et paramétrage d'un HELPDESK, et de la gestion du parc informatique	Terminé 07/2015
Optimisation du réseau et du SI	2015	Production	Création d'un réseau Wifi avec RADIUS (plus sécurisé). Optimisation de la sécurité du SI via la mise à jour de Trend Micro. Upgrade des serveurs ESXI	Terminé 04/2015
Remplacement des Serveur Citrix ancienne génération	2017		Remplacer des 4 serveurs citrix anciennes génération par des nouveaux	A prévoir
Schéma Directeur	2015	En cours	Elaboration du schéma directeur du SI, sous forme de feuille de route pour la DSI dans le cadre du projet de l'établissement	pour 12/2015
Messagerie Sécurisé	2016	l'étude	Dans le cadre de la télé médecine et l'envoi de compte rendu à l'extérieur, mise en place d'une messagerie sécurisée	A prévoir
Téléphonie TOIP	2016	Marché à l'étude	Refonte de la téléphonie de l'établissement en TOIP	Marché publié le 22/10/2015

Gestion du Portefeuille de Projets SIH-CGA

PROJET	ANNEE	DEPLOI MENT	OBJECTIFS	ETAT
PSSI-E	2016		Mettre en place une PSSI et différents audits, analyse des risques	A prévoir
Hôpital numérique Prérequis.	2016		Remplir les prérequis de l'hôpital numérique, répondre au socle commun	En cours Groupe Projet
GED	2015	En cours	Doter l'établissement d'une application de travail collaboratif GED intégrant la gestion des risques	Projet débuté - configuration technique
Déploiement de trajectoire USLD/EHPAD ARS	2016		Déployer le logiciel trajectoire sur l'USLD/EHPAD	A prévoir
Parc Impression	2016	En cours	Rationalisation du parc d'impression, avec élimination d'imprimante locales et mutualisation des ressources	En cours
Baie AB3	2017		Equipement d'éléments actifs pour la nouvelle baie de brassage après le déménagement	A prévoir
Dématérialisation			Dématérialisation des commandes pharmacie	
Connexion Internet	2016		Remplacement de la connexion internet Haut débit	A prévoir
Clepsydre Web	2017		Migration en client web	A prévoir
DMP	2016		Dossier Médical Personnel interopérable	En cours

Gestion du Portefeuille de Projets SIH-CGA

PROJET	ANNEE	DEPLOI MENT	OBJECTIFS	ETAT
Télémédecine SSIAD	2015-2016		-Optimisation de l'organisation de la PEC des patients du SSIAD -Sécuriser les transmissions ciblées et la gestion des dossiers de soins -Suivre en temps réel les différentes actions des soignants lors de leur tournée- Gérer efficacement l'activité des soignants	En cours Mail référent au SSIAD
SSO	2016-2017		Accès Unique aux applications du SIH et sécurisation accrue, Mise en place d'un annuaire centralisé	A prévoir
Rattachement du Rouvray	2016-2017		Etude technique/financière du rattachement de l'établissement Rouvray à notre SIH	En cours
Archivage	2018		Mise en place d'une solution d'archivage	A prévoir
Dématérialisation de la paie	2016		Dématérialisation des bulletins de paie/Dossier de l'agent/Etats de paie Paramétrage et formation	Attente de devis
AED : Attestation Employeur Dématérialisé	2015		Dématérialisation de l'envoi de documents vers Pôle Emploi Paramétrage et formation	Attente de devis
Portail Agent Web	2018		Mise en place du portail agent web clepsydre accès en temps réel au compteur et à toutes les modifications sur les plannings par l'agent sur n'importe quel poste de l'établissement	
GRH - Action en Web	2017-2018		Migration du module de la GRH Action d'AGFA en version Web	

Projet social

I. Rappel de la définition du projet social

Article L 6143-2-1 du code de la Santé Publique :

« Le Projet Social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Le Projet Social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement. Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du Projet Social et en établit le bilan à son terme ».

Le Projet Social constitue un des volets du Projet d'Etablissement. Il s'inscrit dans ses orientations en cohérence avec les autres volets du Projet d'Etablissement.

Il concerne tous les personnels de l'établissement.

II. Méthodologie

A. Bilan du projet social 2010-2014

Un bilan définitif de la mise en œuvre des actions principales est indispensable pour préparer le nouveau projet.

B. Elaboration du projet

Démarche participative et pluridisciplinaire

Favoriser la participation des personnels administratifs, techniques et ouvriers, médicotextiques, paramédicaux et de rééducation des personnels d'encadrement toutes catégories, des organisations syndicales représentatives de l'établissement, des praticiens hospitaliers.

C- Méthode

1- Mise en place d'un comité de pilotage constitué :

- de la responsable des ressources humaines,
- de la directrice des soins (afin de faire le lien avec le projet de soins),
- d'un membre de la CME (afin de faire le lien avec le projet médical),
- d'un membre de chaque organisation syndicale représentative de l'établissement,
- d'un membre du CHSCT,
- du médecin de prévention,
- d'un membre du CTE,
- du cadre de pôle sanitaire,
- du cadre responsable du département médico-social,
- d'un représentant de la CME.

2- Identification et sélection des actions à mener dans le cadre du futur projet social

a) Recensement des actions à mener à partir des données sociales de l'établissement:

Exploitation du bilan social, du rapport annuel du CHSCT, du rapport annuel de la médecine du travail, des questions soulevées au CHSCT, et CTE, des résultats de la certification, corrélation avec le projet de soins et le projet médical

b) Enquête sociale:

Réalisation d'une enquête portant sur différents thèmes afin de définir les attentes des personnels.

c) Formalisation du projet:

- Diagnostic à partir du bilan du projet social 2010-2014
- Objectifs du projet social 2015-2019
- Plan d'action et hiérarchisation des actions
- Moyens humains et matériels à mobiliser
- Besoins et moyens de financement
- Calendrier de réalisation du projet
- Modalités et suivi du projet

III. Les grands axes de réflexion du Projet Social

A. Bilan du précédent projet social 2010-2014

Le bilan du précédent projet social a été effectué en novembre 2013 par le comité de pilotage constitué en 2009 pour son élaboration.

Ce projet social avait été conçu autour d'actions concrètes visant à :

- favoriser l'évolution professionnelle des agents ;
- améliorer les conditions de travail ;
- moderniser les relations sociales.

Il y était recherché l'optimisation de la gestion des ressources humaines, par une meilleure prise en charge des préoccupations des professionnels, au bénéfice du patient, et une mise en œuvre par l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Ce projet visait à instaurer une lisibilité sur la politique de gestion des ressources humaines, tant dans la gestion des compétences, de la formation, que dans les relations sociales, les conditions et la qualité de vie au travail ;

Il se proposait d'être l'opportunité pour tous les professionnels de s'interroger sur les enjeux de l'établissement et de se construire autour d'une politique de l'emploi qualitative répondant aux évolutions de l'établissement.

B. Orientations 2015-2019

Les orientations ont été définies à partir du bilan du précédent, des données sociales du CGA et des besoins et attentes des professionnels de l'établissement.

Elles ont été élaborées en cohérence avec les autres volets du Projet d'Etablissement et les axes stratégiques du CPOM (annexe 3 – politique des RH engagements prioritaires).

Les orientations définies pour la période 2015-2019 s'articulent autour de huit axes prioritaires :

- développer le sentiment de reconnaissance des professionnels et d'appartenance à la communauté hospitalière

- s'installer durablement dans une démarche d'amélioration continue des conditions de travail
- pérenniser et développer le management des ressources humaines pour assurer une adéquation besoins, ressources, compétences,
- communiquer en favorisant la participation des personnels et en modernisant les relations sociales
- poursuivre le développement de la GPEC, de l'amélioration de la qualité et les conditions de vie au travail
- poursuivre la dynamique de formation professionnelle initiale et continue en intégrant le DPC
- bien accueillir et fidéliser les professionnels de l'établissement
- améliorer la communication.

C. Les 8 grands axes prioritaires du Projet social 2015-2019

1 - Amélioration de l'accueil, de la fidélisation des personnels au sein de l'établissement

a) Accueil :

Contexte :

L'accueil et l'accompagnement des personnels à la prise de poste permettent de favoriser l'adaptation des professionnels nouvellement recrutés ou nouvellement affectés sur un autre poste ou service.

Afin d'être attractif et de fidéliser les professionnels notamment dans les filières paramédicale et d'encadrement, il est indispensable de se doter d'un dispositif d'accueil performant, adapté et de poursuivre la politique d'accueil des stagiaires.

Objectifs opérationnels :

Le CGA s'est doté d'outils institutionnels liés à l'accueil des nouveaux arrivants.

- Le livret d'accueil : Le livret d'accueil est remis à chaque nouvel arrivant. Il a été conçu sous forme de pochette intégrant des fiches thématiques qui permettent aisément les mises à jour. Celles-ci sont effectuées par le service des ressources humaines qui se charge également de la reprographie.

Les thématiques abordées dans ces fiches sont communes à toutes les catégories de personnels quelque soit leur métier et leur affectation : présentation des différents services de l'institution soignants, administratifs et logistiques, statuts, droits et obligations des personnels, sécurité incendie, informatique, self, CGOS...

- Les matinées d'accueil : relancées en 2013, 1 fois par quadrimestre, ces matinées permettent aux nouveaux arrivants de se rencontrer, de connaître le rôle et de situer dans la structure les différents services de l'établissement.

Les présentations, animées par l'équipe de direction et les cadres de la direction des soins sont inter actives et permettent aux participants d'échanger sur les différentes thématiques abordées.

Chaque matinée d'accueil fait l'objet du recueil et d'une exploitation systématique de la satisfaction des participants. L'analyse des questionnaires a fait notamment émerger la nécessité d'organiser une visite de l'établissement.

Mise en œuvre et évaluation :

- Actualisation des fiches du livret d'accueil
- Maintien de la remise à chaque nouvel arrivant
- Maintien de l'organisation de la matinée d'accueil
- Création d'un espace intranet pour la mise en ligne du livret d'accueil
- Organisation d'une visite de l'établissement
- Recueil de la satisfaction par le questionnaire et analyse systématique du questionnaire
- Création d'un questionnaire relatif à l'intégration dans les services quelques mois après la prise de poste

- mise en place d'un programme d'accueil et d'intégration spécifiques des nouveaux cadres
- Poursuivre la politique d'accueil des stagiaires

b) Fidélisation :

Politique de résorption emploi précaire

Depuis 2011 le CGA s'est engagé dans une démarche de résorption de l'emploi précaire, cette politique a permis jusqu'à ce jour la transformation de contrats à durée déterminée en contrats à durée indéterminée. Les transformations de contrats ont été effectuées au fur et à mesure de l'échéance des CDD en cours en fonction des postes disponibles et de la durée des contrats à durée déterminée successifs.

Elle a également permis d'identifier des situations pour lesquelles des concours ou des recrutements sans concours doivent être organisés pour permettre la titularisation des agents concernés (concours réservé, concours sur titres...)

Un tableau de recensement des situations individuelles des agents contractuels précise les actions déjà menées et celles à mettre en œuvre afin de poursuivre la démarche et de se conformer à la loi ANT de 2012.

Mise en œuvre et évaluation :

- Poursuite de l'évaluation et du suivi qualité professionnelle, soutenu par des évaluations régulières permettant de n'intégrer dans la structure que les agents ayant les qualités requises
- Maintien politique de pérennisation des postes en conformité avec les budgets alloués et l'activité
- Poursuite de la mise en œuvre de la loi 12 mars 2012 : recrutements réservés valorisant acquis professionnels et transformation de cdd en cdi

c) Mobilité interne :

La mobilité interne est un élément permettant de répondre à la volonté des agents souhaitant changer de service afin de découvrir, développer et partager leurs compétences sur d'autres secteurs d'activités.

Elle contribue à une qualité de travail, au maintien de la motivation des agents et est un vecteur de partage des compétences et des connaissances.

Il existe au CGA un tableau de recensement des demandes de mobilité interne. Cet outil de référence utile tant aux cadres qu'au service RH permet le partage d'information, le suivi des demandes et est une aide aux recrutements.

Actuellement seules les demandes émanant des professionnels des services de soins sont recensés.

Objectifs opérationnels :

- Améliorer la procédure de mobilité interne pour tous les secteurs et les professionnels de l'établissement afin de connaître et de faire connaître les demandes aux responsables de services

Mise œuvre et évaluation :

- Intégration dans le tableau de suivi des demandes émanant de tous les services de l'établissement ainsi que des situations particulières (reclassements, inaptitudes temporaires aux postes...)
- Tableau partagé avec tous les personnels d'encadrement des demandes de mobilité afin de promouvoir la mobilité interne avant un recrutement extérieur

- Information systématique des agents du suivi de leur demande
- Poursuite de la publicité en interne de toutes les vacances de postes
- Organisation de temps de découverte des autres services

2. Pérenniser et renforcer la démarche d'amélioration continue des conditions de travail et de la qualité de vie au travail

Contexte :

Les organisations, les contraintes liées aux différentes activités hospitalières ainsi que la charge de travail des professionnels de la santé sont autant de facteurs pouvant générer des problèmes de santé directement liée à l'activité professionnelle.

Le CGA à ce titre est inscrit dans une démarche formalisée pour la santé, la sécurité et de qualité de vie au travail. Le CHSCT, très actif doit s'enrichir de compétences nouvelles : conseiller en prévention des risques professionnels, préventeur RPS

La politique d'amélioration de la vie sociale, s'appuie sur des situations constatées pouvant être préjudiciable aux agents et à la vie de l'institution telles que l'allongement de carrière, qu'il soit du à la réforme des retraites ou par souhait personnel, la pénibilité attachée à certaines fonctions ou postes de travail plus prégnante avec l'âge...

Les inaptitudes partielles dont font l'objet certains professionnels sont vécues par les services comme une complexité organisationnelle du travail. Lorsqu'elles sont totales, empêchant l'exercice de la fonction, elles posent une contrainte lourde autant sur l'institution que sur les agents concernés.

Certaines inaptitudes générées par l'exercice professionnel, doivent faire l'objet d'une politique de prévention.

L'absentéisme génère des difficultés impactant le coût économique, la désorganisation des plannings, la surcharge de travail pour les équipes en poste. Il peut être également révélateur de difficultés, rencontrées par des agents, et auto-générer un absentéisme encore plus important.

Des difficultés personnelles sont également rencontrées par les agents venant pour certaines impacter également leur vie professionnelle.

Objectifs opérationnels :

- Prendre en compte la diversité des métiers de l'établissement (paramédicaux, administratifs, techniques, ouvriers...) et des risques y étant liés afin de mieux vivre et travailler ensemble dans de meilleures conditions matérielles, relationnelles, organisationnelles, au bénéfice des professionnels afin de leur permettre de mener leurs missions au service des patients et des résidents de la structure en toute sérénité.

L'inventaire des risques identifiés dans chaque service de travail est effectué dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Il doit s'enrichir en fonction de l'évolution des situations de travail, des constats effectués, des actions engagées. Il décline les actions à mener dans le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels (PAPRI Pact) qui doit être un outil opérationnel.

Accompagner la poursuite ou la reprise de l'activité professionnelle qui n'est pas toujours aisée: temps partiel thérapeutique, adaptation temporaire de poste, reclassements, situation de handicap. Dans ce cadre la commission de maintien dans l'emploi met en œuvre une politique d'accompagnement des professionnels de l'établissement devant être maintenue.

De nombreux agents du CGA sont confrontés à des situations problématiques dans leur vie familiale et personnelle. L'établissement intervient dans la mesure de ses possibilités (aide au logement, aide financière avec le CGOS...) mais n'a pas toujours les moyens d'apporter des solutions adéquates et durables dans certaines situations.

Mise en œuvre évaluation :

- Poursuivre la politique de réduction et de prévention des risques liés au travail à travers la mise à jour du document unique et la mise en œuvre du PAPRI Pact, en y intégrant le suivi des actions, le calendrier, les réajustements nécessaires...
- Introduire dans le PAPRI Pact un référentiel « qualité des conditions de vie au travail », prenant en compte les RPS, TMS, la pénibilité des postes de travail, Gestion des fins de carrière, des situations problématiques liées à l'état de santé
- Poursuivre la politique de lutte contre les accidents de travail, de l'absentéisme et prévention les conduites addictives
- Poursuivre l'organisation de journées d'information et de prévention
 - Former un Conseiller en prévention des risques psychosociaux
- Poursuivre les actions de la commission de maintien dans l'emploi
- Accompagner les agents en situation sociale difficile en les orientant vers les structures adéquates, formaliser des partenariats (service sociaux...)
- Donner accès aux professionnels sur leur lieu d'exercice à des services tels que : ostéopathe, consultations de diététique....

3- Pérenniser et développer le management des ressources humaines visant à assurer une adéquation besoins, ressources, compétences

Contexte :

La gestion des ressources humaines nécessite en permanence une adaptation à un environnement évolutif. A ce titre, La GPEC vise à concevoir, en fonction des choix stratégiques et organisationnels de l'établissement, la mise en œuvre de mesures anticipées à court, moyen et long terme. Elle permet de maîtriser les écarts entre les besoins et les ressources aussi bien en termes de volume que de compétences. Elle doit continuer à permettre le réajustement de la politique menée en fonction des situations conjoncturelles : absentéisme, difficultés de recrutement, départs en retraite massifs simultanés, besoin de reclassement, anticiper les évolutions de carrières et les emplois pour répondre aux besoins émergents en répondant aux besoins de la structure mais également aux aspirations des personnels, projet professionnel valorisation des compétences, carrière...

Objectifs opérationnels :

- Construire et poursuivre l'exploitation de nouveaux instruments de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, et des outils existants afin de les mettre au service de la stratégie de l'établissement.
- Permettre l'adaptation, l'anticipation et la mise en place d'une stratégie de management des RH en prenant en compte le développement des compétences des agents, le projet d'établissement.

Mise en œuvre et évaluation :

- Poursuite des éléments d'analyse : pyramide des âges, turn-over, indicateurs de suivi d'absentéisme, suivi des effectifs et de la masse salariale
- Elaborer un référentiel métier, définir tous les profils de postes de la structure et de mettre en place les outils d'évaluation adaptés au recueil des informations sur les compétences et les besoins en formation individuelles
- Valoriser l'expérience en mettant en œuvre une démarche de validation des acquis permettant la reconnaissance de la qualification et la mobilité interne des agents concernés

4-Poursuite de la politique de formation professionnelle initiale et continue, ouverture du plan de formation aux autres établissements

Contexte :

Un plan de formation est réalisé chaque année : projets institutionnels, de service, demandes individuelles, et circulaire ministérielle annuelle. Il permet d'apporter, et d'entretenir les connaissances indispensables à la structure. Il permet également l'accomplissement de projets personnels.

Le DPC qui a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé », a été mis œuvre au CGA.

L'établissement s'est inscrit dans une démarche afin de devenir organisme de DPC (ODPC) et être habilité à dispenser des programmes de DPC. Cette habilitation permettra aux professionnels de santé de remplir leur obligation annuelle de Développement Professionnel Continu (DPC), et au CGA d'ouvrir son plan de formation à d'autres structures.

Objectifs opérationnels :

Pour poursuivre la dynamique de qualité en matière de formation, il est indispensable d'évaluer l'apport des formations à court, moyen et long terme et d'en vérifier la cohérence par rapport aux objectifs de l'établissement.

Existent actuellement des feuilles individuelles d'évaluation à chaud. Elles doivent être exploitées systématiquement et faire l'objet d'un retour vers l'encadrement.

Mise en œuvre et évaluation :

- Généralisation, exploitation des questionnaires à chaud renseignant sur la qualité de la prestation et du formateur avec transmission aux cadres

-Organisation formalisée de la restitution aux collègues des savoirs acquis

- Création d'un questionnaire d'évaluation différée renseignant sur l'impact de la formation et apports concrets dans l'exercice professionnel.

- Obtention de l'agrément de l'établissement OGDPC afin de pouvoir dispenser des formations et de reconnaître les compétences de nos agents dans ce domaine et de faire partager des connaissances aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement

5- Communication et participation des professionnels : modernisation des relations sociales

Contexte :

Le dialogue et la concertation sont des éléments essentiels au sein du CGA. La communication est un mode indispensable au fonctionnement de la structure qui permet d'exposer, de comprendre et d'intervenir et d'éviter la génération de conflits ou de situations complexes.

La qualité du dialogue social au CGA fait l'objet d'une vigilance particulière de la part de la direction et des partenaires sociaux. Cette veille permet de détecter les tensions éventuelles très en amont et de mettre en œuvre les conditions propices à la confiance et à des échanges constructifs.

Elle s'organise à travers une communication visant à harmoniser et mettre en œuvre la circulation de l'information et permet à la direction et aux organisations syndicales de travailler en collaboration sur les besoins les préoccupations des personnels.

Différents supports permettent de travailler en ce sens :

-instances consultatives qui se réunissent régulièrement, ordres du jour établis par la direction en concertation avec les organisations représentatives des personnels et validé par le secrétaire de chaque instance.

Les instances CTE, CHSCT sont des éléments moteurs. Elles sont organisées régulièrement et peuvent être réunies exceptionnellement s'il en est besoin.

- rencontres direction/drh syndicats : réunions trimestrielles

Objectifs opérationnels :

Le dialogue social repose en grande partie sur la communication, sur la participation active des professionnels aux projets du CGA ainsi que sur la qualité des relations avec les organisations syndicales.

Il doit s'appuyer sur 2 types de circulation des informations : information descendante pour informer les agents sur la vie de l'institution et la politique de l'établissement, et sur un dialogue permettant de faire remonter les besoins et préoccupations des personnels.

Mise en œuvre et évaluation :

- Poursuivre le suivi formalisé des questions abordées aux instances et réponses apportées /actions mises en œuvre

- Poursuites des réunions et entretiens ponctuels demandés avec les organisations syndicales et Mise en place d'un tableau de suivi des questions des partenaires sociaux et des réponses apportées

- Mise en place d'un fichier informatiques partagé DRH OS : règlement intérieurs des instances, suivi des questions instances, chartes, protocoles, règlement intérieur....

- Favoriser l'expression et la participation des personnels en développant les enquêtes de satisfaction

- Développer l'information institutionnelle et plus spécifique : fiches d'informations : statut, droits et obligation, règles de gestion...accessible à tous

- Amélioration et maintien de la circulation des informations : notes de services et informations diverses sur la vie de l'établissement par voie d'affichage, réunions et par l'intermédiaire des fiches de paie

- Création d'outil interne de communication institutionnel (journal interne) des informations relatives à la structure

- Explorer les pistes de formation commune DRH/Organisations syndicales

C- Calendrier

1 - Amélioration de l'accueil, de la fidélisation des personnels au sein de l'établissement			Valeurs cibles					
Mise en œuvre :	Indicateurs	Valeurs 2014	2015	2016	2017	2018	2019	
- Actualisation des fiches du livret d'accueil	MAJ	1	1	1	1	1	1	
- Maintien de la remise à chaque nouvel arrivant	Coupon de remise dans chaque dossier	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
- Maintien de l'organisation de la matinée d'accueil	3J/AN	3	3	3	3	3	3	
- Création d'un espace intranet pour la mise en ligne du livret d'accueil	Note Information			100%	100%	100%	100%	
- Organisation d'une visite de l'établissement	Modification ODJ matinée			100%	100%	100%	100%	
- Recueil de la satisfaction par le questionnaire et analyse systématique du questionnaire	Exploitation questionnaire et compte rendu instances		100%	100%	100%	100%	100%	
- Création d'un questionnaire relatif à l'intégration dans les services quelques mois après la prise de poste	Exploitation questionnaire et compte rendu instances		100%	100%	100%	100%	100%	
Maintenir la politique d'accueil des stagiaires	Taux de stagiaires d'écoles paramédicales accueillis	40%	43%	45%	45%	45%	45%	
- Mise en place d'un programme d'accueil et d'intégration spécifiques des nouveaux cadres	Présentation protocole instances		100%	100%	100%	100%	100%	
Politique de résorption emploi précaire			Valeurs cibles					
Mise en œuvre :	Indicateurs	Valeurs 2014	2015	2016	2017	2018	2019	
- Poursuite de l'évaluation et du suivi qualité professionnelle, soutenu par des évaluations régulières permettant de n'intégrer dans la structure que les agents ayant les qualités requises	Evaluations périodiques dans dossier	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
- Maintien politique de pérennisation des postes en conformité avec les budgets alloués et l'activité	Nombre de postes annuels par budget tableau de suivi annuel des effectifs	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
- Poursuite de la mise en œuvre de la loi 12 mars 2012 : recrutements réservés valorisant acquis professionnels	Organisation recrutements sans concours	0	0	1	1	1	1	

Mobilité interne :		Valeurs cibles					
Mise en œuvre :	Indicateurs	Valeurs 2014	2015	2016	2017	2018	2019
- Intégration dans le tableau de suivi des demandes émanant de tous les services de l'établissement ainsi que des situations particulières (reclassements, inaptitudes temporaires aux postes...)	Nombre de situations intégrées		100%	100%	100%	100%	100%
Tableau partagé avec tous les personnels d'encadrement des demandes de mobilité afin de promouvoir la mobilité interne avant un recrutement extérieur	Mise en ligne du tableau espace partagé		100%	100%	100%	100%	100%
	Taux de mobilité interne	1,93%					
- Information systématique des agents du suivi de leur demande	Courrier de réponse aux agents			100%	100%	100%	100%
- Poursuite de la publicité en interne de toutes les vacances de postes	Nombre de notes	4					
- Organisation de temps de découverte des autres services	Nombre de demandes			100%	100%	100%	100%
- 2 Pérenniser et renforcer la démarche d'amélioration continue des conditions de travail et de la qualité de vie		Valeurs cibles					
Mise en œuvre :	Indicateurs	Valeurs 2014	2015	2016	2017	2018	2019
- Poursuivre la politique de réduction et de prévention des risques liés au travail à travers la mise à jour du document unique et la mise en œuvre du PAPRIPACT , en y intégrant le suivi des actions, le calendrier, les réajustements nécessaires...	MAJ et suivi document unique	1	1	1	1	1	1
- Introduire dans le PAPRIPACT un référentiel « qualité des conditions de vie au travail », prenant en compte les RPS, TMS, la pénibilité des postes de travail, Gestion des fins de carrière, des situations problématiques liées à l'état de santé	Taux de mise en œuvre PAPRIPACT	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Poursuivre la politique de lutte contre les accidents de travail, de l'absentéisme et prévention les conduites addictives	Taux d'absentéisme	Inférieur à 8%	Inférieur à 8%	Inférieur à 8%	Inférieur à 8%	Inférieur à 8%	Inférieur à 8%
	Taux de fréquence AT	Inférieur à 31	Inférieur à 31	Inférieur à 31	Inférieur à 31	Inférieur à 31	Inférieur à 31
- Poursuivre l'organisation de journées d'information et de prévention	Nombre de journées organisées	2	2	2	2	2	2
- Former un conseiller en prévention des risques professionnels, Conseiller en prévention des risques psychosociaux	Inscription plan de formation, Obtention des DU		1	1			
- Poursuivre les actions de la commission de maintien dans l'emploi	Taux de salariés ou agents en situation d'inaptitude	9%	inf 9%	inf 9%	inf 9%	inf 9%	inf 9%
- Accompagner les agents en situation sociale difficile en les orientant vers les structures adéquates, formaliser des partenariats (service sociaux...)	Formalisation d'actions réalisées par rapport au nombre d'agents concernés		100%	100%	100%	100%	100%
- Donner accès aux professionnels sur leur lieu d'exercice à des services : ostéopathe, consultations de diététique....	Nombre de services mis en place			1	2	2	2

3 -Pérenniser et développer le management des ressources humaines visant à assurer une adéquation							
Mise en œuvre :	Indicateurs	Valeurs 2014	Valeurs cibles				
			2015	2016	2017	2018	2019
Poursuite des éléments d'analyse : pyramide des âges, turn-over, indicateurs de suivi d'absentéisme, dépense d'intérim suivi des effectifs et de la masse salariale	Taux de turn over	inf 14%	inf 14%	inf 14%	inf 14%	inf 14%	inf 14%
	Taux d'évolution des effectifs	Inf 2%	Inf 2%	Inf 2%	Inf 2%	Inf 2%	Inf 2%
	Taux d'évolution de la masse salariale	4%	Inf 5%	Inf 5%	Inf 5%	Inf 5%	Inf 5%
	Taux évolution des dépenses d'intérim	-85%	-85%	-90%	-85%	-90%	-85%
	Nombre de jours stockés sur CET	1200	Inf 1000	inf 800	Inf 1000	inf 800	Inf 1000
	Heures supplémentaires	inf 3435	inf 3435	inf 3435	inf 3435	inf 3435	inf 3435
	Temps de travail additionnel	inf 66	inf 66	inf 66	inf 66	inf 66	inf 66
Elaborer un référentiel métier, définir tous les profils de postes de la structure et de mettre en place les outils d'évaluation adaptés au recueil des informations sur les compétences et les besoins en formation individuelles	Nombre de métiers définis présentation du référentiel			100%	100%	100%	100%
	Evolution du nombre de promotions professionnelles	4	2	3	3	3	3
Valoriser l'expérience en mettant en œuvre une démarche de validation des acquis permettant la reconnaissance de la qualification et la mobilité interne des agents concernés	Procédure et diffusion de l'information			100%	100%	100%	100%
4-Poursuite de la politique de formation professionnelle initiale et continue. ouvrir le plan de formation aux							
Mise en œuvre :	Indicateurs	Valeurs 2014	Valeurs cibles				
			2015	2016	2017	2018	2019
- Généralisation, exploitation des questionnaires à chaud renseignant sur la qualité de la prestation et du formateur	Nombre de questionnaires remis	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Taux d'exploitation des questionnaires			100%	100%	100%	100%
-Organisation formalisée de la restitution aux collègues des savoirs acquis	Nombre de restitutions dans les services			100%	100%	100%	100%
- Création d'un questionnaire d'évaluation différée renseignant sur l'impact de la formation et apports concrets dans l'exercice professionnel.	Nombre de questionnaires remis			100%	100%	100%	100%
- Obtention de l'agrément de l'établissement OGDPC afin de pouvoir dispenser des formations et de reconnaître les compétences de nos agents dans ce domaine et de faire partager des connaissances aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement	Numéro agrément			100%	100%	100%	100%
	coût du plan de formation rapporté à la masse salariale	Min 2,1%	Min 2,1%	Min 2,1%	Min 2,1%	Min 2,1%	Min 2,1%
	Taux de personnel ayant rempli leur obligation DPC PM	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Taux de personnel ayant rempli leur obligation DPC PNM	61%	80%	90%	100%	100%	100%

5 -Communication et participation des professionnels : modernisation des relations sociales							Valeurs cibles				
Mise en œuvre :	Indicateurs	Valeurs 2014	2015	2016	2017	2018	2019				
- Poursuivre le suivi formalisé des questions abordées aux instances et réponses apportées /actions mises en œuvre	Mise à jour du tableau de suivi après chaque instance tableau de suivi		100%	100%	100%	100%	100%				
	Nombre de jours de grève par agent	inf 1%	inf 1%	inf 1%	inf 1%	inf 1%	inf 1%				
	Nombre de réunions extraordinaires de CHSCT pour danger imminent	0	0	0	0	0	0				
- Poursuites des réunions et entretiens ponctuels demandés avec les organisations syndicales et Mise en place d'un tableau de suivi des questions des partenaires sociaux et des réponses apportées	Mise à jour du tableau de suivi après chaque instance tableau de suivi		100%	100%	100%	100%	100%				
- Mise en place d'un fichier informatiques partagé DRH OS : règlement intérieurs des instances, suivi des questions instances, chartes, protocoles, règlement intérieur....	Création espace partagé		100%	100%	100%	100%	100%				
- Favoriser l'expression et la participation des personnels en développant les enquêtes de satisfaction	Nombre d'enquêtes		2	2	2	2	2				
- Développer l'information et mise en place de fiches d'informations : statut, droits et obligation,règles de gestion...	Nombre de fiches		0	sup 5	8	10	12				
- Amélioration et maintien de la circulation des informations : notes de services et informations diverses sur la vie de l'établissement par voie d'affichage et par l'intermédiaire des fiches de paie	Nombre de notes d'information			100%	100%	100%	100%				
- Création d'outil interne de communication institutionnel (journal interne) des informations relatives à la structure	Parution du journal			100%	100%	100%	100%				
- Explorer les pistes de formation commune DRH/Organisations syndicales	Nombre de formations communes		1		1		1				

Projet Logistique et Technique / Schéma directeur Travaux

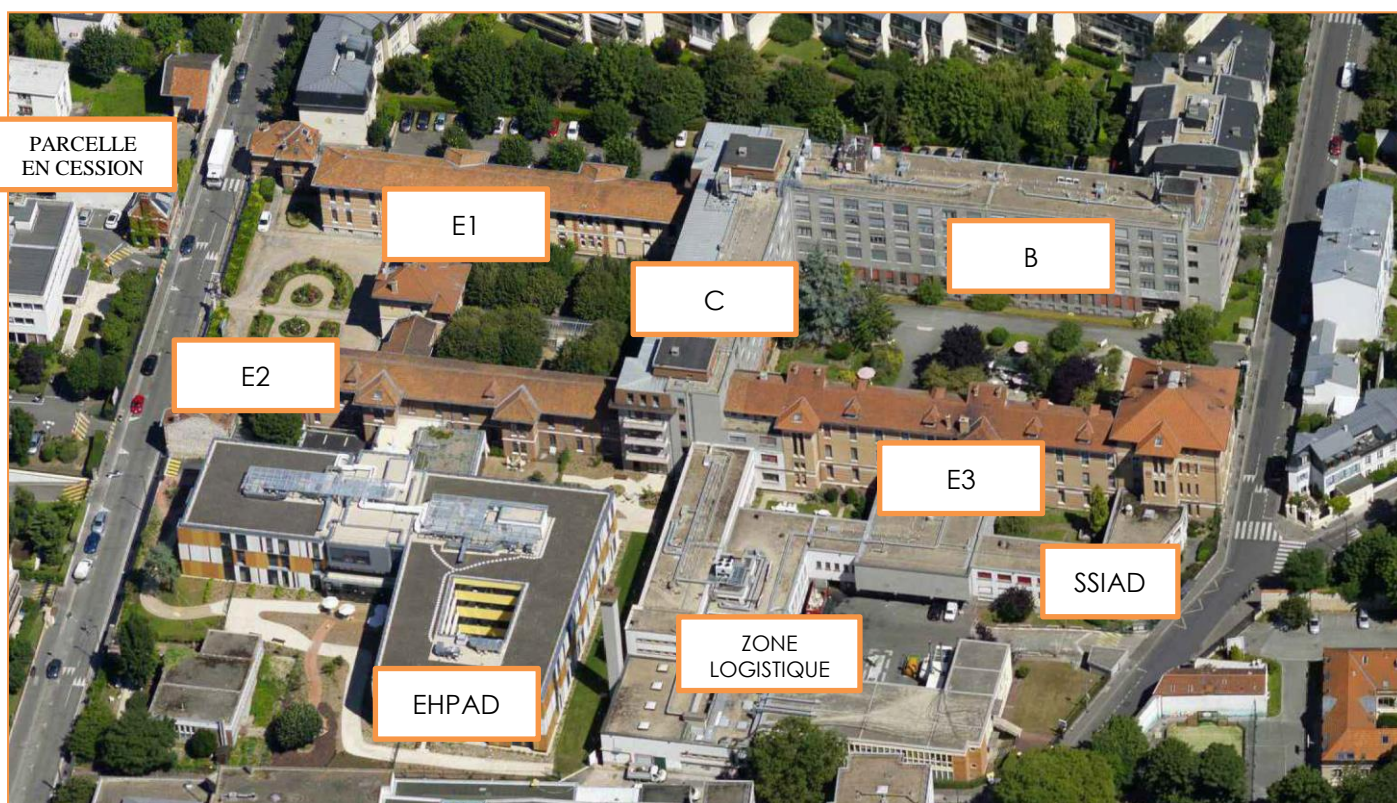
I. Bilan précédent projet d'établissement

Les années 2009 à 2014 ont constitué un véritable tournant avec le lancement d'opérations de restructuration d'ampleur pour le Centre de Gérontologie.

La construction de l'EHPAD a débuté en septembre 2010 : le bâtiment comptant 120 chambres dotées de salle de bains individuelles et de grands espaces lumineux communs a ouvert en juin 2012.

Outre l'amélioration substantielle des conditions de prise en charge des résidents et des conditions de travail des personnels, y compris des services techniques, l'ouverture de ce nouveau bâtiment, totalisant 7 000 m², a permis d'engager une série d'opérations concourant à la rénovation complète du site.

Les surfaces libérées par les anciennes chambres de l'EHPAD (situées dans les bâtiments E2/E3/B3/C3) ont permis d'engager une succession d'opérations tiroirs ayant pour finalité l'humanisation des 110 lits d'USLD.



Cette opération d'humanisation, initiée mi 2014 et qui se s'achèvera courant 2017, comprend 2 principes majeurs qui ont impliqué différentes opérations préalables conduites en 2013 et 2014:

- **D'une part, une restructuration à capacité constante.**

Les 110 lits d'USLD devant être répartis sur le bâtiment B (pendant la restructuration du bâtiment C/première phase) puis sur le bâtiment C (pendant la restructuration du bâtiment B/deuxième phase), il a été au préalable nécessaire de déplacer les 30 lits du SSR dans le bâtiment E3 : les deux plateaux ont dû être rénovés de mai à octobre 2013 afin d'accueillir les patients à compter de novembre 2013.

- **D'autre part, un financement de l'opération par cession d'actifs**

Le Centre de Gérontologie les Abondances était propriétaire d'une parcelle de terrain située face à l'entrée principale.

La cession de cette parcelle a été opérée afin de financer l'opération d'humanisation de l'USLD.

Cette parcelle accueillant des logements du personnel, il a été nécessaire de reloger ces derniers au sein du bâtiment E1.

Ce bâtiment historique était pour partie désaffecté depuis de nombreuses années et accueillait des bureaux administratifs à son rez de chaussée.

La libération du bâtiment E1 pour sa transformation en logements du personnel a aussi été l'occasion d'une rationalisation de l'implantation des locaux administratifs désormais regroupés au sein du bâtiment E2.

Au total, la libération de la parcelle en vue de sa cession a nécessité des travaux (courant 2013) au sein du bâtiment E2 pour le transfert des bureaux puis la transformation du bâtiment E1 en logements (années 2014/2015).

Enfin, durant cette même période, les locaux de la cuisine qui connaissaient des malfaçons majeures depuis leur mise en service en 2000 ont également été totalement rénovés.

L'établissement ayant eu gain de cause sur ce litige ayant duré plus de 10 ans, le financement de ces travaux indispensables au maintien de l'agrément de services vétérinaires ont enfin pu être conduits.

Le projet d'établissement 2009 – 2014 a donc compté 5 opérations significatives de travaux pour un total de 18.5 millions d'€.

Il s'est achevé avec le choix du projet d'humanisation de l'USLD.

Cette opération est menée via un marché de conception réalisation notifié le 31 juillet 2014 au groupement Bouygues/Ameller et Dubois/ Alto Ingénierie, aux termes d'une procédure de dialogue compétitif et pour un montant de 10.5 millions (travaux HT).



II. Axes du projet immobilier et logistique 2015-2019

Le Centre de Gérontologie a entamé une politique de modernisation complète de son site durant le projet d'établissement 2009/2014.

L'ensemble des lits seront totalement rénovés courant 2017 et l'établissement répondra aux normes d'accessibilité. Il disposera en outre de superficie disponible pour porter de nouveaux projets et/ou améliorer des points actuellement sensibles : locaux du SSIAD, logements situés rue saint Denis, locaux logistiques

A. La finalisation du projet d'humanisation de l'USLD et ses conséquences

Courant 2017, une fois l'opération de restructuration des bâtiments B et C achevée, l'ensemble des lits de l'établissement ainsi que la grande majorité des bureaux auront été rénovés.

L'opération d'humanisation de l'USLD est aussi l'opportunité de repenser l'ensemble du fonctionnement du Centre de Gérontologie Les Abondances.

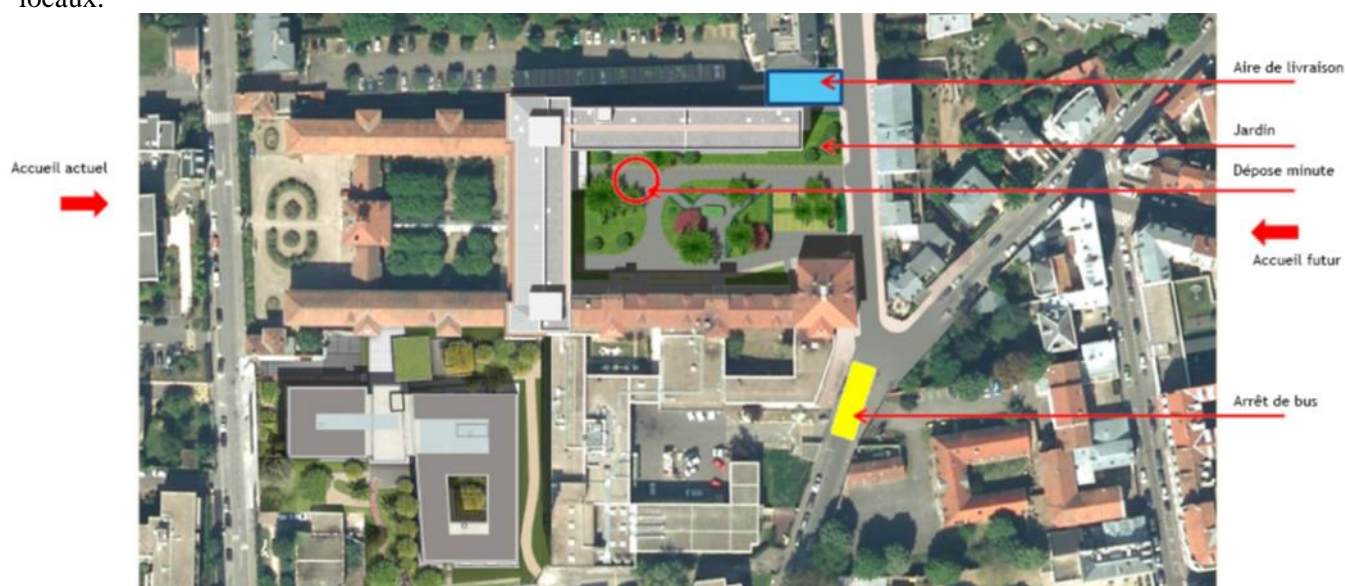
Après une mise en cohérence du fonctionnement des services administratifs par regroupement, en fin 2013, des bureaux jusqu'alors éparpillés au sein du bâtiment E2, l'accueil général de l'établissement sera transféré au RDC du bâtiment C.

Ce transfert répond à plusieurs objectifs :

L'accueil central, conçu il y a plus de cent ans et se situant rue des Abondances ne correspond aujourd'hui à aucune fonctionnalité et n'est pas conforme aux normes d'accessibilité.

Il se situe à l'opposé des services de soins et n'est accessible que par un perron de 7 marches difficilement aménageable.

L'orientation des visiteurs n'est pas aisée compte tenu de l'emplacement de l'accueil et de la configuration des locaux.



Son déplacement côté rue Saint Denis permettra d'être cohérent avec les accès utilisés par la grande majorité des visiteurs qui accèdent au site et qui utilisent le minibus gratuit de la ville.

Il facilitera leur orientation.

Il permettra également d'assurer une meilleure surveillance des flux au sein du site et ainsi de participer à la nécessaire sécurisation de l'ensemble du Centre de Gérontologie : prévention des sorties à l'insu, prévention des intrusions de personnes indésirables, meilleure gestion de l'accueil des véhicules de transports sanitaires, surveillance des flux de personnes extérieures à l'établissement vers la salle de spectacles.



Enfin, il est à présager que l'accueil, tel que conçu dans le projet de restructuration, pourrait rapidement devenir un point de ralliement et de rencontres des usagers pris en charge dans les différentes unités, une sorte de « place du village » concourant ainsi à la vie sociale des personnes prises en charge au long cours.

B. Les axes du projet immobilier 2015/2019

A l'issue des travaux des bâtiments C puis B, l'établissement disposera de superficies disponibles :

- au RDC des bâtiments B et C
- au premier étage du bâtiment B
- aux niveaux 1 et 2 du bâtiment E3

En effet, l'ouverture de l'EHPAD a libéré des superficies qui ont permis d'accueillir provisoirement le SSR (bâtiment E3) et de regrouper les 110 lits d'USLD sur le bâtiment B (situation 2015/à mi 2016) puis sur le bâtiment C (situation mi 2016 à courant 2017).

L'équivalent de ces superficies sera donc de nouveau rendu disponible courant 2017.

Après 7 ans de travaux, l'établissement aura totalement rénové ses lits et disposera en outre de superficies disponibles pour :

- accueillir de nouvelles activités (UHR, extension de l'hôpital de jour, du SSR en hospitalisation complète)
- élargir sa gamme de prise en charge (soins palliatifs, unité spécifique post AVC, unité spécifique psychotiques vieillissants)
- transférer les locaux du SSIAD
- reloger dans des conditions davantage décentes les personnels hébergés au-dessus du SSIAD
- transférer la salle de kinésithérapie actuellement excentrée

Les années à venir doivent également permettre d'arbitrer le devenir de la zone logistique ainsi que celui de la salle de spectacles.



Globalement, les locaux de la zone logistique n'ont fait l'objet d'aucune restructuration depuis leur construction (années 70/80) et outre leur vétusté et leur aspect inesthétique, leur fonctionnalité est à repenser :

- Les zones concernées ne répondent pas intégralement aux normes d'accessibilité
- Les différents bâtiments, particulièrement inesthétiques, surplombent une cour de livraison dans laquelle est situé un groupe électrogène
- Ces bâtiments ont des fonctions très différentes :
 - o Locaux techniques accueillant la chaufferie centrale, le TGBT/TGHT (bâtiment A2)
 - o locaux du SSIAD (bâtiment S/ sous-sol, R+1) (amenés à être transférés en décembre 2016 dans le bâtiment B rénové)
 - o logements de personnel au-dessus des locaux du SSIAD ne répondant que partiellement aux normes du Décret n°2002-120 du 30 janvier 2002
 - o salle de spectacles de 320 places (bâtiment D/accès au niveau du 49 rue Saint Denis)
 - o une zone logistique accueillant les locaux du magasin, de la lingerie, de la cuisine, une salle de kinésithérapie (bâtiment A1, sous-sol, R+1)
 - o un bâtiment de 2 niveaux (« dispensaire ») dont 1 actuellement loué à des structures hospitalières (fin de bail en décembre 2015)

Une étude de faisabilité à conduire en 2016 devra permettre de dégager les axes de reconversion des différents locaux au regard :

- de l'intérêt économique du maintien de certains locaux :
A titre d'exemple, on peut s'interroger sur le maintien de la salle de spectacles. Elle ne répond pas aux normes d'accessibilité et est très peu utilisée par les usagers de l'établissement. Les recettes qu'elle engendre via les locations à des organismes extérieurs sont modestes. Louée à 15 reprises durant l'année 2014 pour une recette totale de 9 978 €, cette salle de spectacles engendre des coûts directs de fonctionnement (fluides, entretien, réparation, ETP affectés à sa gestion) ainsi que des coûts masqués : sa capacité de 300 places a un effet direct sur le classement au titre des établissements recevant du public et donc des exigences en termes de sécurité - incendie.
- des perspectives de valorisation et de rentabilisation de la parcelle :
En effet, le Centre de Gérontologie souhaite consolider des recettes d'exploitation au profit de ses différents budgets.

Dans cette perspective, la reconversion du « dispensaire » est un élément fondamental de la réflexion. Ce bâtiment vétuste et ne répondant pas aux normes d'accessibilité est voué à la destruction à moyenne échéance. De par sa vocation d'établissement public spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées, le Centre de Gérontologie souhaite mener une réflexion sur la faisabilité de création d'une résidence sénior couplée ou non à d'autres activités (logements étudiant, parc locatif intermédiaire).

La couverture des besoins éventuels du territoire est dans ce cadre à explorer, d'autant que la création d'une cinquantaine de logements rue des Abondances est susceptible de modifier les attentes des riverains. Enfin, la non accessibilité de la majorité des cabinets libéraux est une contrainte majeure pour les habitants du quartier et plus particulièrement pour les personnes, âgées ou non, ayant des problèmes de mobilité. La création de locaux susceptibles d'accueillir des praticiens libéraux (cardiologue, radiologue, dentiste, etc.) pourrait être une réponse.

L'implantation d'un pôle médical, outre des recettes d'exploitation pour l'établissement (loyers des locaux mis à disposition) serait un facteur d'attractivité pour une éventuelle résidence sénior. Par ailleurs, si un partenariat avec le Centre de Gérontologie était établi, les patients et résidents de l'établissement pourraient alors bénéficier de ce plateau : l'intérêt est évident pour leur confort de vie et également pour les dépenses de l'assurance maladie (minoration des frais de transports sanitaires).

C. La cohérence des locaux avec les fonctions logistiques

La relocalisation et le dimensionnement des locaux logistiques conduit à s'interroger sur les perspectives d'externalisation de missions jusqu'à présent assurées sur place : entretien du linge des résidents, production culinaire.

Par ailleurs, le projet de regroupement avec l'EHPAD du Rouvray doit également amener à envisager les fonctions logistiques de façon plus large : outre leur mutualisation, leur emplacement est à envisager au regard du projet de regroupement.

Concernant la production culinaire, il n'est pas envisagé de procéder à une externalisation de la production. Bien au contraire, la cuisine centrale du Centre de Gérontologie est en mesure d'assurer la production en interne ainsi que d'exporter des repas (résidence du Rouvray notamment).

La restructuration de la zone logistique doit cependant intégrer à moyen terme le déplacement de la cuisine actuelle.

La Fonction Linge du CGA doit être réorganisée sur la période à venir.

L'établissement a externalisé depuis plusieurs années la gestion du linge plat, des tenues professionnelles et assure en interne la gestion du linge des résidents de l'EHPAD et de l'USLD (230 résidents).

Les locaux actuels sont vétustes et les conditions de travail des agents difficiles : sols et plafonds détériorés, locaux très chauds l'été et très froids l'hiver.

Parallèlement, 3 départs à la retraite sont prévus courant 2016 et un personnel est placé en longue maladie depuis mi 2015 : plus de 50 % de l'effectif qui compte la lingerie en 2015 (7 ETP) serait donc à renouveler à brève échéance. Une réflexion sur l'externalisation éventuelle de la gestion du linge des résidents doit donc être menée.

En conclusion, 3 axes majeurs sont à retenir au titre du projet d'établissement 2015/2019 :

- La conduite du projet d'humanisation des 110 lits d'USLD
- L'exploitation des surfaces rendues disponibles après la réouverture des bâtiments C puis B (création d'une UHR, relocalisation du SSIAD, de la salle de kinésithérapie, etc.)
- L'étude de faisabilité à conduire pour la reconversion et la valorisation en termes d'exploitation de la zone logistique.

Projet de pilotage financier

I. Quels enjeux pour ce projet de pilotage financier ?

A. Une activité déjà soutenue amenée à évoluer

L'activité des Abondances est à un niveau élevé, bien que variable selon les services, comme le montrent les tableaux ci-dessous.

Evolution des lits et places installés

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SSR HC	30	30	30	30	30	30
SSR HDJ	7 depuis le 05/01/2010	7 puis 10 le 01/06/2011	10	10	10	10
USLD	187	110	110	110	110	110
EHPAD	33	120	120	120	120	120
ADJ	12	12	12	12	12	12
SSIAD	160	175	175	190 depuis le 01/07/2013	190	190
PARA				Depuis le 1 ^{er} octobre 2013	1	1

Evolution du nombre de journées réalisées

	2010	2011	2012	2013	2014
SSR HC	10 386	10 463	10 730	10 680	10 727
SSR HDJ	1 135	1 693	2 001	2 164	1 995
USLD	64 574	38 414	38 928	39 241	39 026
EHPAD	14 347	42 895	43 233	43 510	43 543
ADJ	1 664	1 933	1 854	1 986	2138
SSIAD (forfaits)	41 061	52 043	55 047	56 967	61 558

Evolution des taux d'occupation

	2012	2013	2014
SSR HC	97,7%	97,5%	98%
SSR HDJ	86,3%	93,7%	86,4%
USLD	96,7%	97,7%	97,2%
EHPAD	98,4%	99,3%	99,4%
ADJ	66,6%	71,6%	77,1%
SSIAD (forfaits)	85,9%	85,5%	88,8%

Evolution du nombre de personnes accueillies et de la répartition payants/bénéficiaires de l'aide sociale

	2011	2012	2013	2014
SSR HC	373	380	346	351
SSR HDJ	93	125	139	133
TOTAL	466	505	485	484
EHPAD	160	162	158	146
USLD	183	176	166	160
TOTAL	343	338	324	306
ACCUEIL DE JOUR	53	54	55	65

	2009	2011	2012	2013	2014
Aide sociale	50%	43%	45%	45%	43%
Payant	50%	57%	55%	55%	57%

La filière dite « interne » de l'établissement fonctionne bien, et permet d'assurer notamment une partie de l'activité de l'USLD, dont près d'une entrée sur deux est un patient sortant du SSR de l'établissement. Plusieurs enjeux à impact financier sont liés à cette activité.

L'impact des travaux. L'opération d'humanisation de l'USLD avec la rénovation successive de deux bâtiments en site occupé a un impact potentiel négatif dans un premier temps sur le niveau d'activité de ce service.

De par la fermeture temporaire de trois lits lors de la première phase, puis de par l'impact des deux déménagements successifs à réaliser. Une fois cette rénovation terminée, à l'inverse, l'USLD bénéficiera de locaux modernes, lui permettant d'utiliser pleinement ses capacités avec une forte demande attendue, comme ce fût le cas après l'ouverture du nouveau bâtiment de l'EHPAD, et donc un niveau d'activité élevé sur ce service.

La promotion du maintien à domicile et de l'ambulatoire par les financeurs. Avec 190 places de SSIAD, 10 places d'HDJ, 12 place d'ADJ et les consultations de l'UEOG, l'établissement est déjà un acteur reconnu du maintien à domicile et de l'ambulatoire. Plusieurs appels à projet sur lesquels l'établissement pourrait être sélectionné sont attendus : EHPAD à domicile, SPASSAD et HAD SSR. Ces appels à projet sont une opportunité de développement de l'activité de l'établissement à laquelle il faut se préparer. L'extension du nombre de places d'HDJ correspond également à un souhait de l'établissement, afin de répondre à une demande existante. Cependant, son faible nombre de places d'hospitalisation complète de SSR (30) le contraint à obtenir ces places supplémentaires par la création de places et non par la conversion de lits d'hospitalisation complète, comme cela est préconisé. La situation de l'établissement est de ce point de vue particulière.

Des recompositions et coopérations à venir sur le territoire. L'intégration du Rouvray prévue pour 2016 permettra de développer l'activité de l'EHPAD et renforcera le département médico-social. La coopération avec les autres acteurs du territoire, via la filière gériatrique, les futures GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire) ou GCSMS (Groupements de Coopérations Médico-sociaux), est à la fois une opportunité et une menace pour l'activité de l'établissement, notamment celle de son secteur sanitaire.

B. Des budgets faisant face à des défis différents

Les résultats des années précédentes montrent une situation globalement positive pour l'exploitation de l'établissement, avec notamment une marge brute satisfaisante :

Evolution des résultats d'exploitation

	2010	2011	2012	2013	2014
Budget H	-113 661,82	75 441,39	98 755,59	148 792,08	200 168,47
Budget B	-500 036,50	14 874,37	480 940,41	773 605,14	498 055,93
Budget E1	94 467,18	73 829,29	2 887 427,04	17 738,60	-104 481,81
Budget N	129 477,60	61 455,83	4 851,20	90 716,54	102 615,49
Budget A	10 475,14	29 652,25	4 067,67 €	43 506,34	8 021,72
TOTAL	-379 278,40	255 253,13	3 476 041,91	1 074 358,70	704 379,80

Evolution de la marge brute

	2010	2011	2012	2013	2014
Marge brute	1,05 M€	2,82 M€	5,35 M€	2,81 M€	2,70 M€
Taux de marge brute	5,3%	14,2%	23,7%	13,8%	12,9%

Cependant, cette situation ne peut être considérée comme acquise, et chacun de ces budgets va faire face à des défis importants.

Pour le budget H, couvrant les activités de SSR Hospitalisation complète et Hospitalisation de jour, et de l'UEOG.

Les charges de ce budget ont été inférieures à ses produits lors des quatre derniers exercices, et sur le début de l'année, l'activité de l'HDJ est remontée à un niveau supérieur à celui de 2013, après une diminution importante en 2014. L'UEOG a bénéficié début 2015 d'un financement fléché du FIR sur les consultations mémoires, après avoir bénéficié en 2014, pour les sessions réalisées en 2013 et 2014, d'une aide sur le financement de la formation des aidants. La dotation annuelle de financement a, elle, été diminuée de 0,5% en 2015 (telle que connue au mois de juillet 2015).

Pour ce budget, l'enjeu principal des années 2015 et suivantes est le changement de modalités de financement actuellement en préparation, et qui prendra en compte le nombre de journées et les caractéristiques des personnes accueillies dans le calcul des moyens alloués au service. Ce passage à une sorte de « tarification à l'activité (T2A) » est attendu pour le 1^{er} janvier 2017 et sera progressif. Il doit être préparé dès à présent, puisque, dans le modèle actuellement diffusé, les moyens alloués en N dépendent directement de l'activité réalisée en N-1. Ce changement peut être à la fois considéré comme une opportunité et comme une menace, car il peut induire une augmentation ou une diminution des ressources. Cependant, dans tous les cas, l'établissement pour s'y préparer doit travailler vers un double objectif : assurer une forte activité, et valoriser le mieux possible cette activité via le codage et l'envoi des données sur les molécules onéreuses.

Par ailleurs, le financement des activités de l'UEOG doit faire l'objet d'une attention particulière. Cette unité est un maillon indispensable du fonctionnement de l'établissement, mais le nombre de consultations actuellement réalisé ne permet pas d'envisager a priori un financement « à la consultation » comme en MCO, et se pose donc la question de son intégration future dans un dispositif déjà existant de financement, en faisant alors évoluer son activité, ou de son financement par une dotation spécifique type « MIGAC », plus incertain.

Le SSR devra également réussir les diverses évolutions possibles de son activité, décrites par ailleurs dans le projet médical : accueil plus important de patients en post-AVC ou ayant une maladie neurodégénérative, UCC, extension du nombre de places d'HC, extension du nombre de place d'HDJ, HAD SSR, et intégration dans un GHT (Groupement Hospitalier de Territoire).

Pour le budget B, couvrant l'activité d'USLD.

Globalement à l'excédent depuis 2011, cette activité présente cependant un déficit récurrent sur ses sections dépendance et hébergement. Or cette activité est actuellement dans une situation très particulière, puisque l'année 2015 est l'année de démarrage des travaux d'humanisation. L'enjeu des années 2015 et suivantes est double.

Il s'agit tout d'abord d'un enjeu relatif au niveau d'activité. Dans un premier temps l'USLD doit limiter le plus possible la diminution de ses recettes, alors que tant qu'elle n'a pas intégré le bâtiment C rénové, elle ne dispose que de 107 lits et non 110. Ses charges d'exploitation n'étant pas réellement impactées par cette diminution temporaire du nombre de lits, et alors qu'il n'est pas possible d'augmenter de manière importante ses tarifs hébergement et dépendance au vu des conditions hôtelières avant l'humanisation, l'équation budgétaire est particulièrement complexe pour le budget B. La maîtrise de ses charges hôtelières doit être un point particulier d'attention. Dès 2016, année d'entrée dans le bâtiment C rénové, il est essentiel que le taux d'occupation soit à un niveau particulièrement haut, et que le tarif hébergement de l'USLD soit rehaussé par le Conseil Départemental dès que possible.

Il s'agit ensuite d'un enjeu lié directement à l'opération d'humanisation. En effet, cette opération aura un impact direct sur les charges du budget de l'USLD des années 2016 et suivantes. Il est donc indispensable que l'enveloppe financière initiale, d'ores et déjà dépassée, le soit le moins possible, et que l'impact des travaux sur les futures charges d'exploitation soit systématiquement optimisé afin de garantir, rapidement après l'ouverture des nouveaux locaux, le retour à un équilibre structurel sur les sections hébergement et dépendance.

Pour le budget E1, couvrant les activités d'EHPAD, de PASA, d'ADJ et de PARA.

L'année 2015 est la première de la nouvelle convention tripartite, qui a permis à l'EHPAD de sortir de l'application de la convergence, fondée sur une coupe Pathos de 2011 non représentative, et qui diminuait chaque année son budget, faisant peser le risque d'un sous-financement structurel de cette activité. Cependant cette sortie de la convergence ne correspond pas pour autant à l'entrée dans un contexte de financement moins contraint. En 2015, l'EHPAD a bénéficié

d'un montant de crédits non reductibles beaucoup plus faible que les années précédentes, et le Conseil Départemental a supprimé à compter de cette année la subvention de 10 000€ qu'il versait pour l'hébergement temporaire.

L'enjeu pour l'EHPAD est que ses charges d'exploitation élevées (grandes surfaces, chambres individuelles avec salles de bain individuelles etc...) soient maîtrisées, et couvertes par une forte activité permettant de générer suffisamment de recettes, afin de conserver des tarifs accessibles et de tenir dans des budgets très contraints. Une attention particulière doit être portée à la section dépendance qui présente un déficit récurrent depuis plusieurs exercices.

Pour le budget N, couvrant l'activité du SSIAD.

Les extensions successives du nombre de place ont été « absorbées » par le service, sans remettre en cause l'équilibre de son compte de résultat. L'enjeu des années 2015 et suivantes est là aussi double.

Il s'agit tout d'abord de moderniser le système d'information utilisé par le SSIAD en équipant ses agents de terminaux mobiles permettant de réaliser leurs transmissions. L'optimisation de leurs interventions à domicile est un réel enjeu d'efficacité pour l'établissement, alors que le maintien à domicile est, au-delà de la seule activité du SSIAD, mis en avant par l'ARS et le CD dans leurs démarches.

L'autre enjeu est celui de l'évolution prévue des modalités de financement des SSIAD. Bien que les contours en soient encore flous, ce qui fait peser une réelle incertitude sur ses futurs moyens de fonctionnement, on peut d'ores et déjà anticiper que le nombre de patients et d'interventions seront un facteur déterminant, et que la valorisation exhaustive de l'activité sera essentielle.

Pour le budget A, couvrant la location de logements au personnel, et auparavant les concessions de cimetière.

L'enjeu est de couvrir les charges du nouveau bâtiment par les nouveaux loyers, et de couvrir par une autre recette la perte de celle relative aux concessions de cimetière à compter de 2015.

Tableau de synthèse des enjeux par budget

	Budget H	Budget B	Budget E1	Budget N	Budget A
Enjeux	Evolutions des modalités de financement. Evolutions de son activité décrites dans le projet médical.	Impact des travaux sur l'activité et les charges d'exploitation. Déficit récurrent des sections hébergement et dépendance.	Contraction des financements publics et charges d'exploitation élevées à couvrir. Déficit récurrent de la section dépendance.	Modernisation du système d'information et évolution des modalités de financement.	Disparition de la recette issue des concessions de cimetière et absorption des charges du nouveau bâtiment.

C. Une situation financière à l'issue de l'exercice 2014 qui va fortement évoluer

Bilan financier des Abondances à l'issue de l'exercice 2014

BILAN FINANCIER Centre de gérontologie "Les Abondances"							
BIENS	2012	2013	2014	FINANCEMENTS	2012	2013	2014
Biens stables				Financements stables			
Immobilisations incorporelles	1 108 511	1 180 269	1 417 108	Apports	14 256 880	14 256 880	20 956 880
				Excédents affectés à l'investissement	9 072 852	11 846 227	12 246 227
Immobilisations corporelles brutes :				Amortissements :			
- Terrains	731 987	731 987	7 431 987	- Immobilisations incorporelles	826 666	929 283	1 026 950
- Constructions	25 032 192	25 104 357	38 398 902	- Constructions	17 883 841	19 481 566	19 146 727
- Installations techn., matériel, outillage	3 970 497	3 991 433	3 326 913	- Installations techn., matériel, outillage	3 120 556	3 278 571	2 705 872
- Autres	3 612 555	3 753 249	3 773 879	- Autres	2 594 137	2 813 383	2 972 298
Immobilisations corporelles en cours	14 820 643	16 330 233	4 355 441	Subventions d'investissements	296 698	566 418	546 327
Immobilisations financières							
Immobilisations affectées et participations				Dettes financières (à long terme)	8 854 696	8 541 714	8 236 750
Autres immobilisations financières	5 530	5 530	5 530				
Charges à répartir				Dépréciation des immobilisations	15 300		
				Droits de l'affectant			
TOTAL II	49 281 915	51 097 058	58 709 761	TOTAL I	56 921 626	61 714 042	67 838 032
Fonds de roulement d'investissement négatif (II - I)				Fonds de roulement d'investissement positif (I - II)	7 639 711	10 616 984	9 128 272
Actifs stables d'exploitation				Financements stables d'exploitation			
Créances article. 58	146 147	146 147	146 147	Réserves de trésorerie	512 319	612 319	
Créances sur l'Etat (secteur psy)				Réserves de compensation			
				Résultat de l'exercice	3 476 042	1 074 359	704 380
				Reports à nouveau excédentaires	340 442	289 980	1 230 729
				Provisions réglementées	894 943	881 587	694 943
				Report à nouveau déficitaire (signe -)	-1 604 225	-951 096	-605 168
				Provisions pour risques et charges	1 063 414	1 096 022	1 147 217
				Autres dépréciations			
TOTAL IV	146 147	146 147	146 147	TOTAL III	4 682 935	3 003 171	3 172 101
Fonds de roulement d'exploitation négatif (IV - III)				Fonds de roulement d'exploitation positif (III - IV)	4 536 788	2 857 024	3 025 955
Fonds de roulement net global négatif				Fonds de roulement net global positif	12 176 499	13 474 008	12 154 226
Valeurs d'exploitation				Dettes d'exploitation			
Stocks	204 429	171 252	154 166	Avances reçues	59 531	20 969	25 610
Hospitalisés et consultants (valeur brute)	1 531 379	1 274 989	1 444 599	Fournisseurs d'exploitation	676 232	623 797	608 339
Caisse pivot (hors article 58)	2 094 714	337 529	209 706	Dettes sociales et fiscales	1 145 787	1 073 835	1 125 253
Autres tiers payants	1 570 824	1 218 761	950 457				
Créances admises en non valeur				Dettes diverses d'exploitation			
Sécurité sociale							
				Dettes sur immobilisations	652 223	7 354	933 834
Créances sur immobilisations							
Charges constatées d'avance				Produits constatés d'avance	24 000	138 903	100 644
Autres créances	248 072	184 673	325 276	Autres comptes créditeurs	1 007 158	1 034 916	838 119
Dépenses à classer	9 462	2	58	Recettes à classer	170 748	45 763	10 380
TOTAL VI	5 658 880	3 187 206	3 084 262	TOTAL V	3 735 679	2 945 536	3 642 180
Besoin en fonds de roulement (VI - V)	1 923 201	241 670		Excédent de financement (V - VI)			557 918
Liquidités				Financements à court terme			
Valeurs mobilières de placement				Fonds déposés par les usagers	435 795	479 267	446 158
Disponibilités	10 741 021	13 762 333	13 207 188	Intérêts courus	51 928	50 728	48 885
				Ligne de trésorerie			
				Autres SC classe 5			
TOTAL VIII	10 741 021	13 762 333	13 207 188	TOTAL VII	487 722	529 995	495 043
Trésorerie positive (VIII - VII)	10 253 298	13 232 338	12 712 144	Trésorerie négative (VII - VIII)			
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	65 827 962	68 192 743	75 147 357	TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	65 827 962	68 192 743	75 147 357

Le fonds de roulement

Le fonds de roulement d'investissement (FRI)

Le fonds roulement d'investissement mesure la capacité de l'établissement à financer ses immobilisations par des financements dits stables, c'est-à-dire ses capitaux propres, ses amortissements et ses emprunts.

En 2014, le FRI était de 9,1M€, alors qu'il était de 10,6M€ en 2013.

En analysant la composition du FRI, on peut voir qu'il est toujours composé pour une part importante de l'emprunt contracté fin 2011 et dont il reste dans ses fonds propres 8,2M€ soit 90% de son fond de roulement d'investissement. Le taux d'endettement de l'établissement restant cependant largement soutenable, à 18,5% en 2014.

Il s'agit d'une caractéristique très importante du fonds de roulement d'investissement des Abondances. En effet, cet emprunt va être progressivement remboursé – diminuant ses financements stables – alors que dans le même temps l'établissement va mener un investissement très important pour son USLD –augmentant ses biens stables.

Le fonds de roulement d'exploitation (FRE)

Comme le FRI, le fonds de roulement d'exploitation (FRE) est composé de financements stables, mais avec une différence de destination puisque ceux-ci peuvent être considérés comme moins durables et sont destinés à couvrir le besoin en fonds de roulement (BFR) de l'établissement. Ce BFR résulte du décalage qui existe entre les décaissements de charges et l'encaissement des recettes destinées à financer ces charges. Le FRE doit permettre de couvrir ce besoin en liquidités.

Le FRE est largement positif et il a augmenté en 2014 : 3M€ contre 2,9M€ en 2013.

Le résultat déficitaire cumulé de l'USLD et de l'EHPAD ampute toujours le FRE et donc le fonds de roulement de l'établissement, mais il est en constante diminution ces dernières années. Il était de -1,7M€ avant affectation des résultats 2011, et il est dorénavant de -0,75M€ en juin 2015, après régularisation des provisions. Cette diminution est liée à la fois à des écritures comptables avec la reprise sur la réserve de trésorerie réalisée en 2014 et la correction des provisions en juin 2015, et au respect global des crédits d'exploitation.

Le besoin en fonds de roulement (BFR)

Dans le fonctionnement de l'établissement, il existe obligatoirement un décalage entre les recettes et les dépenses de l'établissement. Cela peut résulter en un besoin de liquidités, le besoin en fonds de roulement (BFR) si l'établissement a plus de créances que de dettes, ou en un excédent de financement d'exploitation si l'établissement a plus de dettes que de créances.

En 2014, l'établissement avait un excédent de financement d'exploitation de 0,6M€, alors qu'il avait un BFR de 0,2M€ en 2013. Cette évolution est liée aux dettes sur immobilisation, car l'établissement a procédé au mandatement de plusieurs factures de fournisseurs des opérations des logements et de l'USLD en fin d'année, et selon la date de paiement effectif de la Trésorerie, ceux-ci peuvent apparaître comme des dettes. Il n'y a donc pas lieu d'en déduire une évolution en 2014 sur les délais de paiement ou de recouvrement de l'établissement.

La Trésorerie

La trésorerie de l'établissement est de 12,7 M€ à la fin de l'année 2014, soit une diminution de -0,5M€ par rapport à 2013.

Il faut cependant comparer ce montant de trésorerie aux 8,2 M€ de dettes financières de l'établissement.

Il n'en reste pas moins que le niveau de trésorerie de l'établissement reste très important, ce qui peut poser question au vu des charges financières qui pèsent sur l'établissement suite à l'emprunt contracté. Ce niveau de trésorerie est néanmoins une garantie très importante si le versement de la recette de la vente prenait du retard, alors que l'opération d'humanisation de l'USLD a démarré.

Cependant l'établissement se doit d'optimiser le plus possible cette trésorerie pour atténuer le poids qui pèse sur les budgets USLD et EHPAD de ce fait. Cette trésorerie a ainsi été partiellement placée sur un compte à terme en 2014 mais la rémunération de ce placement est aujourd'hui très faible. L'établissement a fait faire une étude de son emprunt par Finance Active en juin 2015. Celle-ci a montré que, du fait de l'indemnité actuarielle prévue au contrat, aucune renégociation ou aucun rachat de l'emprunt n'était possible pour bénéficier des taux actuels bas. L'enjeu pour l'établissement est donc plutôt le remboursement anticipé de cet emprunt, mais du fait de l'indemnité actuarielle prévue au contrat, ce remboursement anticipé dépend à la fois de la date de perception de la recette de la vente du terrain du 39 rue des Abondances, et également des projections concernant la courbe de taux de swap Euribor. Deux simulations ont été demandées à la Caisse des Dépôts, à un an d'écart, et celles-ci montraient une variation très importante de cette indemnité.

Les enjeux de la période du projet d'établissement pour la situation financière des Abondances sont les suivants.

Une première période (2015-2017) marquée par trois incertitudes majeures. Il s'agit du délai de réalisation effective de la vente du terrain du 39 en fonction des aléas inhérents à ce type d'opération de cession d'actifs (libération effective des locaux, résultat des fouilles etc...), du surcoût de l'opération USLD lié à la découverte d'enduits amiantés dans le bâtiment B, et du montant de l'indemnité de remboursement de l'emprunt en fonction de l'évolution du taux Euribor. Chacune de ces opérations ont un impact potentiel très fort.

Le risque probable d'une trésorerie oisive. Si une fois les travaux d'humanisation de l'USLD terminés et payés, le CGA dispose d'une trésorerie importante, il devra en optimiser l'utilisation, soit en la dépensant, soit en la plaçant. Si au contraire la recette de la vente du 39 tardait à être perçue et/ou que le dépassement financier de l'opération USLD était trop important, le CGA ferait face à une situation très compliquée, impliquant de contraindre fortement l'exploitation.

D. Une démarche de fiabilisation des comptes déjà pleinement engagée, à poursuivre

La fiabilisation des comptes concerne tous les établissements publics de santé. Elle correspond à une exigence de qualité comptable. L'article 47-2 alinéa 2 de la Constitution dispose ainsi que "les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière".

Concrètement, il s'agit de rattacher les charges et les produits à la bonne année, d'imputer les dépenses sur les bons comptes et les bons budgets, de connaître précisément ce que l'établissement possède et doit, ou encore de constituer des provisions selon les règles définies par l'instruction comptable.

Il ne s'agit pas d'une exigence nouvelle, et pour la comprendre, il est possible de faire un parallèle avec les démarches d'évaluation et de certification de la qualité auxquelles les établissements ont été progressivement soumis.

Aux autres modalités de contrôle déjà existantes comme la séparation entre le comptable et l'ordonnateur, la loi HPST de 2009 a ajouté un objectif de certification des comptes pour les établissements publics de santé, avec une mise en place progressive puisque la première liste des établissements soumis à cette certification a été publiée en décembre 2013.

Cela s'inscrit dans une démarche nationale plus large, puisque de nombreuses autres organisations publiques sont progressivement soumises à cette certification de leurs comptes, comme les universités par exemple.

Le centre de gérontologie « Les Abondances » ne fait pas partie de cette liste et ne fera donc pas certifier ses comptes par un commissaire aux comptes. Cependant l'exigence de qualité comptable est indépendante de cette obligation de certification des comptes, et il est donc pleinement concerné par la fiabilisation des comptes.

Cette démarche concerne l'ensemble de l'établissement.

En premier lieu, le directeur est responsable avec le trésorier de la qualité comptable des états financiers et de la fiabilité des comptes produits.

Ce projet mobilise ensuite particulièrement la Direction des Affaires financières mais il concerne bien toutes les directions fonctionnelles et les services de soins, car la qualité comptable dépend souvent de processus se situant à distance de l'enregistrement en comptabilité : utilisation des bonnes unités fonctionnelles, gestion des stocks, entrées et sorties d'inventaire, connaissance des risques nécessitant la constitution d'une provision etc...

Puis, en ce qu'elle permet de garantir la fiabilité des données financières présentées devant eux, cette démarche est très importante pour le Directoire, le Comité technique d'établissement, la Commission médicale d'établissement et le Conseil de surveillance, ainsi que pour l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général.

La démarche de fiabilisation des comptes ne doit pas être résumée à une obligation s'imposant à l'établissement. Elle est d'ailleurs inscrite au Plan Efficience de l'établissement depuis mars 2013.

Car assurer la fiabilisation des comptes, c'est permettre un meilleur pilotage financier de la structure, en clarifiant les marges de manœuvre, ou au contraire les difficultés de chaque budget, qu'il s'agisse de leurs charges et produits annuels, ou de leurs déficits ou excédents cumulés.

Il s'agit aussi d'une démarche essentielle vis-à-vis des acteurs externes à l'établissement, au premier rang desquels se trouve le résident ou le patient puisque ce qui lui est facturé dépend en grande partie des charges que le service supporte en comptabilité. Il en est de même pour les financeurs de l'établissement que sont l'ARS et le CG pour des raisons similaires. Enfin, bien que l'établissement ne soit pas concerné actuellement, il pourrait un jour être de nouveau amené à contracter un emprunt, et la démarche de fiabilisation des comptes sera pour cela un véritable atout.

Le centre de gérontologie est déjà pleinement engagé dans cette démarche, et suite au diagnostic initial conjoint avec la Trésorerie et au plan d'action initiale réalisée en avril 2013, il a mené plusieurs actions relatives à la fiabilisation des comptes en 2014, dans la continuité parfois de travaux réalisés en 2013 :

- ✓ Passations des premières écritures comptables de corrections :
 - Intégration du parking du personnel dans l'actif (décision directoriale n°2014-4 du 27 mai 2014), avec un impact égal sur les financements stables (via l'apport) et les biens stables (via les terrains), et donc sans impact sur le fonds de roulement.
 - Clarification du déficit cumulé par budget : reprise sur la réserve de trésorerie et répartition des reports à nouveau par section tarifaire (délibérations n°2013.03.D.02.04 et n°2014.03.D.05 du Conseil de Surveillance et décision directoriale n°2014-5), avec un impact entre les différents composants du fonds de roulement d'exploitation, mais sans impact sur le montant de celui-ci.
 - Sortie de 776 fiches d'inventaires en octobre 2014, correspondant à des éléments souvent très anciens, n'étant plus dans l'établissement, avec un impact de 16 680,33€ sur le résultat comptable en 2014. En effet, lors de la sortie d'une fiche d'inventaire, l'établissement doit solder l'amortissement éventuellement restant, en plus de l'amortissement qui était prévu pour l'année (la somme des deux constituant la valeur nette comptable de l'actif cédé). A termes, ce chiffre constituera un indicateur intéressant pour évaluer la cohérence des durées d'amortissement choisies par l'établissement. Ce n'est pas le cas pour 2014 et ce ne le sera pas pour 2015 car l'établissement est pour l'instant surtout amené à sortir des fiches d'inventaire qui auraient dû l'être parfois depuis de nombreuses années. Il faut également préciser que ces dotations aux amortissements auraient de toutes les façons dues être réalisées les années suivantes si ces fiches n'avaient pas été sorties.
 - Ajustements divers de l'actif tenu par la Trésorerie avec celle de l'établissement, réalisés avec un spécialiste du sujet de la DDFIP 92 (Direction Départementale des Finances Publiques), avec un impact sur la répartition des immobilisations et des amortissements entre les différents comptes du bilan.
 - Réalisation de trois études de coûts en 2013 et 2014 (enquête coûts EHPAD, Base d'Angers pour les fonctions support et retraitement comptable pour le SSR), permettant une analyse très approfondie des comptes de l'établissement, afin de repérer les anomalies comptables.

- Rédaction et diffusion par la DAF de trois guides, un sur la clôture et deux sur la comptabilité analytique, afin de fiabiliser les données produites, notamment concernant le rattachement des charges au bon exercice et la bonne utilisation des UF et des comptes. Instructions données au service concerné sur l'application du seuil des 800€ pour la distinction immobilisation/charges.
- Ajustements des clés de répartition avec un impact durable sur les budgets. Cette démarche étant menée sur plusieurs années. En 2014 il s'agissait d'ajustements sur la répartition des personnels administratifs et sur les dépenses liées à l'alimentation.
- Communication sur la démarche de fiabilisation des comptes aux instances de Décembre 2014 : Directoire, Comité Technique d'Etablissement, Commission Médicale d'Etablissement, Conseil de Surveillance.

Cette démarche sera bien sûr poursuivie sur les prochaines années, avec la nécessaire implication croissante des autres directions et deux enjeux principaux.

Continuer le rapprochement inventaire physique/inventaire comptable/actif pour arriver à une concordance totale. L'objectif est de connaître plus précisément ce que possède l'établissement et ce que cela vaut. Et il ne s'agit pas d'un enjeu « technique » : mieux connaître ce que possède l'établissement c'est aussi pouvoir optimiser ses achats d'équipements par exemple. Ce travail implique plusieurs acteurs, autres que la Direction des Affaires financières. Les directions des travaux, des services économiques et des systèmes d'information, pour connaître les éléments de l'établissement qui ne sont pas dans l'inventaire comptable, et à l'inverse ceux qui sont dans l'inventaire comptable mais qui ne sont plus dans l'établissement. La Trésorerie pour faire concorder l'inventaire comptable et l'actif.

Assurer sans cesse la juste répartition des charges et des dépenses entre les budgets et entre les exercices. La fiabilisation des comptes est une composante indispensable du pilotage budgétaire. Réaliser le bon rattachement des charges et des produits à l'exercice qu'ils concernent – qu'il s'agisse des charges et produits décaissés en dehors de l'exercice, ou de la constitution et des reprises de provisions ou des dotations aux amortissements – c'est connaître son « vrai » résultat comptable et donc pouvoir réagir en conséquence. Répartir le plus finement possible les charges et les produits entre les budgets, c'est en plus mieux facturer aux usagers, plus justement, et mieux respecter les prérogatives de chaque financeur.

E. Un contexte de financements publics très contraints et à l'évolution incertaine

En tant qu'établissement public de santé, le CGA est principalement financé par des acteurs publics. Ainsi en 2014, sur 21,8M€ de recettes, l'Assurance Maladie en représentait 11,8M€, et le Conseil Départemental 4,2M€.

Les marges de manœuvre de ces acteurs sont très réduites. Par exemple en 2015, la dotation annuelle de financement du budget H a diminué de 0,5% par rapport à 2014, et le Conseil Départemental a supprimé la subvention annuelle de l'hébergement temporaire de l'EHPAD, que l'établissement percevait chaque année auparavant.

De plus, les modalités mêmes de l'attribution de ces financements vont évoluer, sans que l'on ne sache aujourd'hui précisément ce que seront les nouveaux modèles mis en place. Ainsi :

- Le SSR, actuellement financé via une dotation annuelle reconduite, sera en tarification à l'activité à compter de 2017.
- Une réflexion nationale est également en cours depuis plusieurs années sur le financement du SSIAD afin là aussi de prendre d'avantage le nombre et les caractéristiques des personnes accueillies, alors qu'aujourd'hui il est financé par une dotation annuelle reconduite
- Le financement de la dépendance, pour les USLD et les EHPAD fait également l'objet d'une réflexion. Le modèle tripartite actuel, avec les trois sections tarifaires distinguant l'hébergement, la dépendance et le soin, pourrait être remis en cause.

S'il ne faut pas partir du principe que ces évolutions auront un impact négatif sur l'établissement, celui-ci bénéficiant actuellement d'un bon niveau d'activité, elles sont cependant porteuses d'incertitudes et d'enjeux.

Des arguments à faire valoir auprès de l'ARS et du CD. Malgré la restriction de leurs marges de manœuvre, le secteur sanitaire et médico-social continue de disposer au niveau national puis régional de moyens conséquents, à répartir entre les acteurs. Il revient donc à l'établissement de faire valoir la cohérence et la pertinence de son projet médical pour obtenir des moyens supplémentaires en conséquence. Et avant cela, il lui revient de garantir et de montrer la bonne utilisation, la plus efficiente possible, des ressources qui lui sont allouées.

Un reste à charge des usagers qui peut être amené à évoluer. Soucieux de respecter les contraintes d'accessibilité inhérente à son statut public, l'établissement ne peut cependant éluder la question du reste à charge des usagers, qu'il s'agisse du tarif de la chambre particulière au SSR ou encore des prestations couvertes par les tarifs hébergement pour l'USLD et l'EHPAD. Si en 2015 les patients et les résidents versaient déjà 4,4M€, soit directement soit via leur mutuelle, ce montant sera sans doute amené à augmenter dans les années qui viennent, afin de palier à cette diminution du financement public.

Des recettes hors financeurs « traditionnels » publics à développer. Le CGA dispose déjà aujourd'hui de financements autres, qui sont à développer. Les tournages, les locations de salles ponctuelles, la location de surfaces à l'année à deux structures sanitaires et la location d'emplacements pour les antennes téléphoniques. D'autres sources de recettes peuvent être trouvées.

L'état des lieux distingue donc les enjeux suivants :

1. L'impact des travaux d'humanisation de l'USLD
2. La promotion du maintien à domicile et de l'ambulatoire par les financeurs
3. Les recompositions et coopérations à venir sur le territoire
4. Budget H : l'évolution des modalités de financement et les évolutions possibles de son activité décrites dans le projet médical.
5. Budget B : l'impact des travaux sur l'activité et les charges d'exploitation et le déficit récurrent des sections hébergement et dépendance.
6. Budget E1 : la contraction des financements publics et des charges d'exploitation élevées à couvrir avec un déficit récurrent de la section dépendance.
7. Budget N : la modernisation du système d'information et l'évolution des modalités de financement.
8. Budget A : la disparition de la recette issue des concessions de cimetière et l'absorption des charges du nouveau bâtiment.
9. Une première période (2015-2017) marquée par trois incertitudes majeures pour la situation financière de l'établissement
10. Le risque probable d'une trésorerie oisive, ou à l'inverse d'un défaut de trésorerie en fonction de ces incertitudes
11. Le rapprochement inventaire physique/inventaire comptable/actif à poursuivre pour arriver à une concordance totale.
12. La juste répartition des charges et des dépenses entre les budgets et entre les exercices à assurer sans cesse
13. Des arguments à faire valoir auprès de l'ARS et du CD pour ses financements
14. Un reste à charge des usagers qui peut être amené à évoluer.
15. Des recettes hors financeurs « traditionnels » publics à développer

Devant cet état des lieux, le projet de pilotage médico-économique est construit autour de deux objectifs :

- ✓ **Objectif n°1 : Améliorer l'efficacité de nos organisations dans un contexte financier très contraint en poursuivant la mise en œuvre du Plan Efficacité de l'établissement**
- ✓ **Objectif n°2 : Améliorer le pilotage médico-économique en promouvant le dialogue de gestion et en continuant de fiabiliser nos comptes**

II. Quel plan d'action pour faire face à ces enjeux ?

Le plan d'action, permettant d'atteindre ces objectifs, est décrit ci-dessous. Il convient cependant de préciser qu'il ne s'agit pas ici de décrire de manière exhaustive toutes les actions qui seront conduites sur la durée du projet d'établissement et qui auront un impact financier. D'une part car ces actions sont souvent liées à d'autres composantes du projet d'établissement (projet social, projet développement durable, projet médical etc...). D'autre part car l'établissement dispose d'un Plan Efficience qui est revalidé chaque année et qui reprécisera alors pour chaque année les actions à impact financier que l'établissement doit mener, après concertation.

Ce plan d'action permet de définir des axes afin de guider les actions à mener pour assurer l'atteinte des deux objectifs définis ci-après :

	Actions	Indicateurs de suivi	Point de départ	Objectif cible
Objectif n°1 : Améliorer l'efficience de nos organisations dans un contexte financier très contraint en poursuivant la mise en œuvre du Plan Efficience de l'établissement				
1. Optimiser les organisations				
Assurer l'adéquation entre charge de travail et ressources humaines financées	Optimisation de l'organisation du temps de travail	Mise en œuvre du projet social		
	Amélioration de la qualité de vie au travail			
Moderniser les outils de travail	Développement du système de code-barres	Mise en place effective	Pas d'utilisation effective du système de code-barres dans l'établissement	2018 : Mise en place au minimum au magasin et pour le suivi des équipements
	Dématérialisation comptable	Montant des mandats et titres dont le traitement est totalement dématérialisé	0% en 2014 (démarrage en 2015)	2018 : 100%
	Mise en place d'une gestion électronique des documents (GED)	Mise en œuvre du projet des systèmes d'information		
	Plus grande informatisation du SSIAD	Mise en œuvre du projet des systèmes d'information		
	Informatisation de la production culinaire et de la gestion des repas	Mise en place effective	Pas de logiciel mis en place en 2014	Logiciel dédié mis en place en 2015
Mettre en œuvre le schéma directeur	Optimisation de l'utilisation des surfaces de l'établissement	Nombre de m ² par lit/place. € de recettes activité par m ² Nombre de m ² non utilisés.	2014 : 32,95 m ² /lit et place et 1 326,82€/m ² . M ² non occupés : 389 m ² dans le dispensaire (hors salle de formation DRH)	2019 : augmentation des € de recettes par m ² , petite diminution du nombre de m ² par lit/place et suppression des m ² non utilisés ou sans projet avancé d'utilisation.

		(le nombre de m ² s'entend hors logements et sous-sols)	et 920m ² du E1 en travaux pour futurs logements, soit 1 309 m ² .	
2. Rationnaliser les achats et optimiser les dépenses				
Maintenir le reste à charge des usagers à un niveau compatible avec le statut d'établissement public	Négociation de nouveaux marchés avec diminution des coûts mais toujours la même vigilance sur la qualité	Economies réalisées par nouveau marché négocié (à déterminer annuellement dans le Plan Efficience) et nombre de marchés passés dans le cadre d'un groupement.	Coût annuel du marché pour la dépense concernée. En 2014, il y avait 5 marchés passés dans le cadre d'un groupement : la restauration, le gaz naturel, l'électricité, les médicaments et les dispositifs médicaux	A déterminer par le service acheteur et la cellule des marchés. Augmentation progressive du nombre de marchés passés dans le cadre d'un groupement
	Maîtrise de l'impact sur le prix de journée des dépenses liées à la blanchisserie et à la restauration	Ecart de coût par rapport à la moyenne nationale de la Base d'Angers	Coût 2013 du kg de linge : 2,99€ (1,56€ pour la moyenne nationale Base d'Angers) Coût 2012 du repas (car année 2013 particulière avec soustraction) : 6,27€ (5,62€ pour la moyenne nationale Base d'Angers)	2019 : Coût du repas et du kg de linge égal au maximum à, respectivement +3% et +10% par rapport au coût moyen national Base d'Angers (celui du plus grand échantillon)
	Ajustement des stocks et des dotations et autres livraisons dans les services aux quantités nécessaires	Valeur du stock de l'établissement exprimée en nombre de jours de consommation stockés et niveau de satisfaction pour l'organisation des dotations et autres livraisons par les deux parties.	Stock final 2014 de l'établissement : 154 166,49 € soit 44,45 jours de consommation en stocks. Organisation des dotations et livraisons faisant l'objet de critiques importantes de la part de deux parties.	2019 : diminution du nombre de jours de consommation en stocks. Circuit des dotations satisfaisant les deux parties.

	Evolution des pratiques pour prendre en compte les principes du développement durable	Rapporté à chaque fois au nombre de lits/places : Nombre de copies réalisées. Nombre de litres d'eau consommés. Nombre de kw consommés. (non exhaustif, d'autres indicateurs pourront être rajoutés comme les kgs de nourriture non consommés)	2014 pour 260 lits et 212 places : Nombre de copies réalisées : 1 112 304 Nombre de litres d'eau consommés : 24 919 L Nombre de kw consommés pour l'électricité : 1 448 306 kw Nombre de kw consommés pour le gaz : 3 811 912 kw	Diminution moyenne de 15% sur ces trois indicateurs.
Optimiser la gestion des équipements	Mise en œuvre du projet DSELT			
Optimiser la trésorerie	Remboursement anticipé de l'emprunt	Montant des charges financières liées à des emprunts	298 000 € de charges financières en 2014	0€ de charges financières liées à un emprunt en 2017
	Amélioration du recouvrement des créances issues de la facturation	Montant des RAR usagers et patients (comptes 4111 « part du patient/résident » et 4161 « contentieux patient/résident »)	Compte financier 2014 : 1 444 598,72 €	2019 : diminution de 30% de ce chiffre
3. Maximiser les recettes				
Développer et valoriser notre activité	Optimisation des taux d'occupation de toutes les activités	Taux d'occupation	TO 2014 : SSR HC 98%; SSR HDJ 86,4%; EHPAD 99,4%; USLD 97,2%; ADJ 77,1%; SSIAD 88,8%	Atteinte des objectifs fixés annuellement en Directoire

	Amélioration de la qualité et de l'exhaustivité du codage du SSR HC et HDJ	Nombre de semaines sans acte codé. Score dépendance.	Données 2014 SSR HC : 31 semaines sans acte codé et 11,90 de score dépendance. SSR HDJ : 22 semaines sans acte codé et 9,49 de score dépendance.	2017 : 5 semaines maximum sans acte codé et augmentation du score dépendance.
	Mise en œuvre du projet médical : extension de l'activité actuelle et développement d'activités nouvelles financées	Impact financier des nouvelles activités créées entre 2015 et 2019		Réalisation du projet médical, en fonction des accords obtenus auprès de l'ARS et du CD, avec un impact financier positif
	Renforcement des filières d'amont et d'aval de l'établissement	Nombre de parcours avec SSR/SSIAD, SSR/USLD, ADJ/EHPAD et SSR HC/SSR HDJ. Nombre de consultations de l'UEOG (y compris mémoire).	Données 2014 : SSR=>SSIAD : 3 SSIAD=>SSR : non connu pour 2014 SSR=>USLD : 29 USLD=>SSR : 7 ADJ=>EHPAD : 2 SSR HC=>SSR HDJ : 40 Cs° UEOG : 242	2019 : augmentation de 20% en moyenne des données 2014
	Amélioration de la communication externe sur l'établissement pour faire connaître ses activités	Part des personnes interrogées connaissant chaque service des Abondances dans la rue	Données des questionnaires réalisés en 2015 par les lycéens d'Etienne-Jules Marey : Maison de retraite 67% Accueil de jour 14% Hospitalisation 14% Soins infirmiers à domicile 6% Consultations 3%	Questionnaires à refaire en 2019, avec les objectifs suivants : « Maison de retraite » (EHPAD/Long séjour) 80% Accueil de jour 50% Hospitalisation 60% Soins infirmiers à domicile 60% Consultations 50%

Développer les recettes hors Assurance Maladie et Conseil Départemental	Développement des recettes actuelles	Montant des recettes annuelles associées	Données 2014 Tournages : 31 K€ Location de salles ponctuelle : 18 K€ Location d'espaces à l'année : 56K€ Antennes : 59K€ Soit un total de 164 K€	2019: Total des recettes augmenté de 10%.
	Nouvelles sources de recettes trouvées	Nombre de sources de recettes hors AM et hors CD de l'établissement	Sources existantes en 2014 : tournages, location de salles ponctuelle, location d'espaces à l'année, antennes, coiffeur, machines à café	Recettes nouvelles effectivement trouvées.

Objectif n°2 : Améliorer le pilotage médico-économique en promouvant le dialogue de gestion et en continuant de fiabiliser nos comptes

1. Promouvoir le dialogue de gestion

Améliorer les outils disponibles pour le dialogue de gestion et leur appropriation par les acteurs	Mise en place d'outils nouveaux	Outils nouveaux effectivement mis en place	Tableaux de bord activité mensuel, suivi hebdomadaire des lits vacants, points d'étape Plan Efficience, tableau de suivi des comptes en dépassement, suivi mensuel des stocks, participation à la Base d'Angers pour 4 fiches et au retraitement comptable, 2 suivis infra-annuels réglementaires, divers suivis RH etc...	Mise en place d'outils à destination des cadres et intégration de la distinction pôle sanitaire/département médico-social.
---	---------------------------------	--	--	--

	Mise en place d'un système « d'alerte » permettant une réaction rapide en cas d'évolution inquiétante d'une dépense ou d'une recette	Outil et procédure effectivement mis en place et permettant une réaction rapide.	En 2014 plusieurs outils existent déjà pour ce système d'alerte : suivi des lits vacants chaque vendredi, tableau d'autorisation et de suivi des dépassements de crédits, points d'étape du Plan Efficience...	2017 : mise en place d'une procédure de concertation des acteurs suite à une alerte de la DAF, et élargissement du champ des outils
	Etudes systématiques préalables recettes/dépenses et impact investissement/ exploitation pour tout nouveau projet d'investissement supérieur à 50 000€	Part des nouveaux projets faisant l'objet de cette étude	2014 : procédure non formalisée avec les acteurs, pas d'étude systématique ni de modèle	2019 : 100% des projets d'investissement supérieurs à 50 000€ concernés par cette étude

2. Poursuivre la démarche de fiabilisation des comptes

Répartir le plus précisément possible les charges entre les budgets et entre les exercices budgétaires	Amélioration continue des clés de répartition et des UF	Nombre d'UF non utilisées sur deux exercices consécutifs. Nombre de domaines couverts par une clé de répartition spécifique, hors clé « par défaut » en fonction des charges.	Nombre d'UF non utilisées à la fois en 2013 et 2014 : 48 Domaines couverts par une clé de répartition spécifique en 2015 : soignants ASH/AS/IDE, cadres, médecins, restauration (personnel et autres dépenses), assistante sociale, pharmacien, une partie des autres personnels, chauffage, électricité, eau, nettoyage, et d'autres dépenses diverses (portables, espaces verts etc...)	Diminution du nombre d'UF non utilisées sur deux exercices consécutifs (objectif de 10 maximum en 2018). 2016 : vérification des affectations des personnels paramédicaux 2017 : mise en place d'une clé spécifique blanchisserie
	Amélioration des rattachements de charges et de produits	Montant du compte 672 « charges sur exercices antérieures », Montant du	Valeurs 2014 non représentatives pour le 672 (utilisation systématique à compter de	Diminution des montants des trois indicateurs entre 2015 et 2018.

		compte 675 « valeur comptable des éléments d'actifs cédés » Montant des produits qui auraient dû être imputés sur l'exercice antérieur	2015), pour le 675 (sortie de 776 fiches d'inventaire obsolète, démarche volontaire de fiabilisation des comptes), et pas de suivi encore mis en place pour les produits qui auraient dû être rattachés	
Rapprocher l'inventaire de l'actif	Sortie des fiches d'inventaire obsolètes	Nombre de fiches obsolètes	2015 : encore beaucoup de fiches obsolètes, 776 sorties en 2014 et 608 déjà fléchées pour être sorties en 2015	2019 : plus de fiche obsolète depuis plus d'un an.
	Alignement de l'inventaire de l'établissement et de l'actif de la Trésorerie	Ecart entre l'inventaire de l'établissement et l'actif de la Trésorerie	Indicateur détaillé disponible par ailleurs. Montant global de l'écart sur le compte financier 2014 : 378 911,65€ (mais écarts importants par comptes qui se « compensent »)	2018 : alignement total
	Mise en place d'une procédure concertée sur les entrées et les sorties d'inventaire avec les services concernés et également la Trésorerie – avec l'objectif d'une connaissance précise de notre inventaire physique.	Mise en place effective	Procédures existantes mais à revoir.	2016 : Procédure concertée effectivement mise en place.
Mettre en place des outils de contrôle interne optimisés	Conception d'une grille d'analyse permettant de détecter des anomalies comptables	Mise en place effective de cette grille	2014 : grille non mise en place	2017 : grille mise en place
	Poursuite de la rédaction et de la diffusion des guides sur la clôture et la comptabilité analytique	Existence et diffusion effective de ces guides	2014 : guide existant et diffusé	2019 : guides toujours à jour et appropriés par les acteurs concernés

Démarche de développement durable

L'établissement a engagé une démarche de développement durable depuis octobre 2013.

Cette démarche fortement incitée par les autorités de contrôle et plus particulièrement par la Haute Autorité de Santé ne consiste pas uniquement à déployer un simple projet : il s'agit d'insuffler des changements de comportements individuels et d'adopter une posture collective soucieuse de la responsabilité sociétale de l'établissement.

Dans ce cadre, le Centre de Gérontologie emprunte deux voies complémentaires :

- Agir au sein de l'établissement
- Sensibiliser pour modifier les comportements individuels

Les principaux axes récapitulés dans le tableau ci-dessous ont été présentés aux instances à l'automne 2013.

Les actions engagées courant 2014/2015 concernent tous les domaines d'activités de l'établissement sans qu'elles soient d'ailleurs nécessairement estampillées « développement durable ».

Sans céder à la tentation d'un inventaire exhaustif, les actions suivantes peuvent être citées :

- Rationalisation du parc d'impression
- Mise en place d'une prestation de restauration en liaison chaude
- Isolation des combles des bâtiments E2 et E3 (subvention totale de cette opération via Objectif Eco Energie)
- Action de sensibilisation des personnels, des résidents et de leur famille sur la consommation d'eau et délivrance de kits gratuits économiseurs d'eau (186 kits distribués)
- Mise en place d'achat écoresponsables (produits lessiviels, produits issus du commerce équitables en restauration)
- Recyclage des toners
- Tri des déchets
- Collecte de bouchons associant les personnels, résidents et leur entourage
- Logiciel de gestion des protections individuelles des résidents

Afin de déployer la démarche et de structurer les différentes actions à mener, l'établissement s'est doté d'un comité de développement durable composé comme suit :

- Représentants des services de soins (SSIAD (1), SSR (1), USLD (2), EHPAD (2), sur la base du volontariat)
- 1 représentant résident, 1 représentant familles/ usagers
- 1 médecin
- Cadre de pôle paramédical, cadre département médico-social, cadre hygiéniste
- Représentants DRH, DAFC, DSELT, Animation, Qualité

Ce comité, amené à se réunir 3 à 4 fois, par an doit plus particulièrement piloter les 5 domaines d'actions prioritaires pour les années à venir :

- Gérer et limiter les déchets
- Gérer et limiter la consommation d'eau et d'énergie
- Réduire la consommation de papier
- Consommer selon ses besoins
- Fidéliser et former le personnel

Par ailleurs, la livraison de l'USLD rénovée courant 2017 s'inscrit également pleinement dans une démarche de développement durable :

Au-delà de la performance énergétique des bâtiments restructurés et de leur moindre impact sur l'environnement, c'est la qualité de la prise en charge, à coût maîtrisé, qui gagne en performance.

C'est donc la satisfaction et le bien être de chacun (patients, résidents, personnels) qui devraient s'accroître dans les années à venir.

Le développement durable vise à assurer la satisfaction des besoins des générations actuelles tout en sauvegardant la capacité des générations futures à satisfaire leurs propres besoins.

Le développement durable répond à trois préoccupations : sociale, écologique et économique

agir au sein de l'établissement

Versant éco responsable : l'établissement doit limiter son impact sur l'environnement et adapter sa consommation à ses besoins	Préserver un cadre environnemental de qualité	L'établissement dispose d'un cadre environnemental de grande qualité : il est de sa responsabilité de l'entretenir et de le valoriser au bénéfice de ses résidents, patients et personnels qui peuvent bénéficier d'une qualité de vie hors du commun en milieu urbain. Ce cadre exceptionnel contribue également à la biodiversité du territoire.
	Gérer et limiter les déchets	La gestion et la limitation des déchets est une démarche concrète qui permet d'associer toutes les parties prenantes (agents, résidents, patients, familles, fournisseurs) : elle revêt une dimension écologique et également sociale
	Gérer et limiter la consommation d'énergie et d'eau	Outre l'impact environnemental, la réduction des consommations d'eau et d'énergie a un impact économique bénéfique pour l'établissement. La réduction des consommations ne doit cependant pas contrevenir à la satisfaction des besoins des utilisateurs
	Consommer selon ses besoins	Les achats et dotations doivent correspondre aux besoins des utilisateurs : le gaspillage a un coût et génère des déchets.
Versant ressources humaines : la prise en compte des besoins individuels des personnels a un impact sur la performance de l'établissement et sa pérennité	Fidéliser le personnel	En fidélisant les agents, l'établissement réduit le temps consacré à l'intégration des nouveaux personnels. La réduction du turnover est le signe que les individus se sentent bien au sein de l'établissement et qu'ils y sont attachés
	Limiter les trajets	La limitation des trajets réduit la fatigue des agents et offre davantage de temps hors sphère professionnelle. Pour ceux qui utilisent leur véhicule, la réduction des trajets est un gain financier. Il a également un impact écologique.
	Former	La formation des agents permet d'accroître leurs compétences et a un impact sur la santé psychique et physique : valorisation et image positive de soi, réduction des accidents du travail

sensibiliser pour modifier les comportements individuels

Mettre en place une démarche de sensibilisation	Journée annuelle du développement durable associant personnels, patients, résidents familles
Associer les patients et résidents	Actions ponctuelles participatives

