



EHPAD « Résidence Vauban » - 11, Rue Georges Pompidou – 90 000 Belfort
Tél : 03 84 55 91 00 Fax : 03 84 22 72 61

CONSEIL DE VIE SOCIALE

Du vendredi 14 Juin 2024

Ordre du jour :

- **Plaintes et réclamations & événements indésirables,**
- **Point sur les projets et les travaux de la résidence,**
- **Mise à jour des plans de gestion de crise :**
 - **Plan bleu.**
 - **Plan de continuité d'activité.**
- **Projet d'établissement,**
- **BL Infofamille,**
- **Retour évaluation externe : synthèse du rapport définitif**
- **Membre du CVS : proposition cooptation,**
- **Questions diverses.**

Était présent pour la résidence :

- ✓ Frédéric ROBISCHUNG, Directeur

Étaient présentes pour les représentants des salariés :

- ✓ Emilie CHOULAT, Secrétaire de Direction
- ✓ Fabienne GROSJEAN, Responsable Animation

Étaient présentes pour les représentants des résidents :

- ✓ Marie-Thérèse FREYMANN, représentante titulaire des résidents
- ✓ Arlette HABERMACHER, représentante suppléante des résidents
- ✓ Elise PARENT, représentante suppléante des résidents

Était présente pour les représentants des familles :

- ✓ Marie-José SALVADOR, représentante titulaire des familles

Était absente :

- ✓ Jacqueline HENRY, représentante titulaire des résidents

Début de la séance à 14h00

1. PLAINTES ET RÉCLAMATIONS & ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

- Mr Robischung énumère les **événements indésirables** (EI) survenus depuis les six derniers mois. Entre autres : perte de dentier, signalement perte d'objet divers, tentative de sortie inopinée, chute, fugue, etc. Pour rappel, les EI sont remontés de façon informatique. Ensuite une réflexion est menée en équipe pour trouver la réponse à apporter et trouver des solutions pour que ces événements ne se reproduisent pas. Ces signalements sont variables et fluctuants selon les mois, les situations, ... Nous rappelons que dans le quotidien, tous les événements ne peuvent pas être remontés et certains sont gérés de façon immédiate.
- La résidence mettait à disposition à l'accueil un cahier de signalement des **plaintes et réclamations**. Selon l'Agence Régionale de Santé (ARS) et après retour de l'évaluation externe, cette méthode n'est plus appropriée car ne protège pas l'anonymat du déclarant. C'est pourquoi, depuis le début du mois de juin, nous avons à disposition une boîte à lettre avec des petites fiches de suggestion à l'accueil de la résidence.

A la lecture de ce cahier, est exprimé la notion de qualité des repas de manière générale (potage de légumes ressemblant trop souvent à un simple bouillon, le pain est meilleur depuis quelques temps car cuit juste avant les repas de manière à le garder croustillant).

Est également exprimé l'incident rencontré en début d'année concernant la panne de chauffage un samedi/dimanche liée à une maintenance non abouti le vendredi. Effectivement, nous ferons le nécessaire pour éviter toute maintenance ou révision la veille de week-end afin que cet événement ne se reproduise pas.

2. PROJET ET TRAVAUX DE LA RÉSIDENCE

- Le programme de rénovation des studios en chambres se poursuit, au fil des départs. Nous rappelons que ces travaux entrent en considération pour une adaptation de l'environnement plus conforme à l'augmentation grandissante de la dépendance de nos résidents, priorisant une qualité d'hébergement hôtelière plutôt qu'hospitalière.
Actuellement, nous avons rénovés 27 nouvelles chambres, nous estimons que d'ici 2026 l'ensemble de la résidence sera terminé.
- A partir du lundi 08 juillet 2024, les travaux de rafraîchissement des revêtements acoustiques (mur gauche de la salle de restaurant située au 2^e étage) commencerons, la durée est estimée à environ 15 jours. Durant cette période, la salle à manger sera déménagée dans les salons et les repas invités seront suspendus.
- La Fondation Claude Pompidou a reçu une donation destinée à la résidence Vauban d'un montant de 145.000 €. Cette somme permettra d'envisager la rénovation des sols de la salle à manger du 2^e étage ainsi que le remplacement des fenêtres situées dans les couloirs du 3^{ème} et 4^{ème} étage (qui pour information sont d'origine et datent de 1974).

3. MISE A JOUR DES PLANS DE GESTION DE CRISE

- Le Pôle Gériatrique est inscrit dans une démarche qualité opérationnelle, et chaque année est révisé notre **Plan Bleu**. Document décrivant et constituant le plan global de gestion des risques. Ce plan permet de définir les organisations à adopter, service par service, face à une situation exceptionnelle voire une situation de crise (canicule, grand froid, les infections, gale, IRAB, GEA, etc.).

Cet outil qu'est notre plan bleu, permet d'anticiper les conséquences d'un risque qui a été identifié, d'améliorer la réactivité en cas d'alerte et de réfléchir aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux l'organisation et préserver ainsi de façon optimale le bien-être et la santé des résidents.

Ce plan ainsi réactualisé chaque année est ensuite transmis aux autorités de santé ainsi qu'au conseil départemental.

- Le **Plan de Continuité d'Activités** est un document qui décrit la stratégie à adopter pour faire face à des risques identifiés, selon la probabilité de leur survenance et la gravité de leur impact. Il permet d'anticiper les conséquences de l'apparition d'une crise sur l'activité générale, tel que la gestion de l'eau (cuisine, toilette, ...), la gestion du « grand froid », par exemple. Ce plan définit les procédures et les ressources associées en cas de crise, qui permettra d'être opérationnel au plus vite, permettant d'y faire face en assurant le maintien (total ou partiel) des activités et tâches opérationnelles essentielles au bon fonctionnement et de prévoir la reprise des activités complètes à l'issue de la crise.

Chaque service a un plan définit en fonction de son activité et de ses tâches, par exemple en cas d'absence totale d'IDE sur l'une des résidences du Pôle, il a été défini de s'aider entre établissements pour gérer la continuité de l'activité.

Ce plan ainsi réactualisé chaque année est ensuite transmis aux autorités de santé.

4. PROJET D'ETABLISSEMENT

- Etabli pour une durée de 5 ans, le **projet d'établissement** est un document essentiel qui définit la vision, les objectifs, les valeurs et les actions à mener pour assurer la prise en charge médicale, le bien-être, la sécurité et la qualité de vie des résidents au sein des établissements du Pôle Gériatrique.

L'ensemble des actions, défini par résidence, constituera le socle de notre prochain contrat CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens), et sera l'élément moteur pour nous permettre de réaliser l'ensemble des actions décrites sur les 5 ans à venir.

Ainsi les projets seront définis par service et un travail en équipe débutera de juillet à septembre sur différents axes d'actions comme la technique, les soins, l'animation, l'hôtellerie et la restauration.

La présentation des projets d'établissement de chaque structure du Pôle Gériatrique au Conseil d'Administration aura lieu en fin d'année 2024.

5. BL'INFOFAMILLE

Nous rappelons la disponibilité et l'accès à BL'Infofamille, gazette informatique à destination des familles, contenant des photos, des textes, sur la vie à la résidence. C'est un outil permettant de garder le contact avec vos proches, d'envoyer des messages ou des cartes postales virtuelles qui peuvent être lus par notre équipe d'animation.

Il s'agit d'un site internet consultable à distance ainsi qu'une application disponible sur iPhone et Smartphone.

De la documentation vous sera prochainement proposé pour découvrir ou redécouvrir ce service.

6. ÉVALUATION EXTERNE : SYNTHÈSE DU RAPPORT DÉFINITIF

- L'évaluation externe a été réalisée par le cabinet extérieur « 4 As », les 4 et 5 décembre dernier, avec la visite de deux évaluateurs procédant à l'évaluation selon le référentiel national. Pour rappel, ce référentiel est structuré en trois chapitres (le résident, les professionnels et l'établissement), se traduisant par des entretiens ayant eu lieu avec les résidents, les membres du conseil de la vie sociale, les professionnels et la gouvernance.

- Après un retard sur le retour de nos évaluateurs, nous avons réceptionné le rapport final du cabinet. L'appréciation générale est lue en séance par le directeur :

APPRECIATION GÉNÉRALE DE L'ORGANISME ÉVALUATEUR :

« Les évaluateurs ont réalisés l'évaluation dans un contexte propice aux échanges et à la liberté d'expression. Les personnes accompagnées, les membres du CVS et les professionnels ont décrit une organisation cohérente et en toute connaissance de leur force et de leur point d'amélioration.

Les orientations de la fondation sont déclinées au quotidien au sein de cette résidence qui renove progressivement l'ensemble de ses chambres afin de faire évoluer l'environnement aux besoins de dépendance grandissants. Une dynamique de démarche qualité est omniprésente et l'évaluation s'y intègre pleinement. En effet, que ce soit par de l'autoévaluation, le plan d'amélioration continue de la qualité ou les attendus autour de l'évaluation, la direction a d'ores et déjà initié des actions par le déploiement de nouveaux outils et elle a prévu d'actualiser son projet d'établissement en 2024 pour tenir compte des constats de l'évaluation réalisée en cette fin d'année 2023.

L'évaluation a mis en lumière un travail collaboratif de qualité où le résident est au cœur des préoccupations. Des axes d'amélioration ont été identifiés et ont déjà pu être appropriés par l'équipe de direction qui, soutenue par les services du siège, prévoit d'ajouter des actions au plan d'amélioration continue en conséquence. »

La synthèse du rapport est consultable sur le tableau d'affichage à l'accueil de la résidence et également en annexe 1 de ce document.

Le retour est très positif, pour exemple de l'organisation des services, la réactivité et la volonté de remplacer chaque absence face au problème d'absentéisme régulier, la qualité des soins, l'offre d'animation entre autres, sont très bien perçus au sein de la résidence.

Deux axes d'amélioration majeurs ont été identifiés et ainsi s'inscrivent dans notre projet d'établissement :

- Le premier est la notion de signalement de la maltraitance. Nous allons donc élaborer procédure et formation afin de faciliter la remontée de cas de maltraitance, comment signaler de manière anonyme une maltraitance constatée, qu'il s'agisse d'une maltraitance financière, professionnelle, institutionnelle, physique, verbale ou familiale.
 - Le second est la notion d'éthique, un peu plus philosophique celle-ci, faisant référence à la morale. En réfléchissant sur l'éthique, l'établissement définira ses codes moraux. Pour citer un exemple, à cette question « est-ce acceptable que la toilette d'un résident se fasse avec une porte ouverte ? » il s'agira de définir une conduite pour y répondre.
- Le résultat final de cette évaluation a été transmis à l'ARS (Agence Régionale de Santé) ainsi qu'au Conseil Départemental et sera prochainement diffusé en interne. L'évaluation est valable pour une durée de 5 ans.

7. RENOUELEMENT / DESIGNATION / COOPTATION

- Nous rappelons que les membres du CVS ont tous été élus lors de la dernière campagne de juillet 2022. Durant ce mandat, il convient de veiller à l'équilibre de la représentation entre les représentants de l'organisme et ceux des personnes accompagnées. Ainsi, la composition du CVS doit laisser une représentation majoritaire aux personnes accompagnées et à leurs proches.
- Aujourd'hui nous notons l'interruption du mandat d'un membre des représentants des familles, à sa demande, suite au décès de son parent. Comme le mentionne le règlement intérieur du CVS, à l'article 7 :

« (...) Cette interruption nécessite un remplacement de ce membre. (...) Par suite d'une cessation de mandat, le remplacement d'un membre peut se faire par une procédure de désignation. L'instance compétente de l'organisme gestionnaire ou la personne physique gestionnaire peut désigner les remplaçants, après avoir obtenu leur accord. »

Nous notons également que le dernier membre des représentants des familles souhaite maintenir sa présence, malgré le décès de son parent. Les membres du CVS valident cette proposition.

- Néanmoins, pour qu'un CVS soit préservé et pérenne, nous devons assurer le renouvellement régulier de ces membres, et rappelons que « le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil ». C'est donc la représentation des personnes accompagnées qui détermine la composition du CVS.
- De ce fait, nous souhaitons **ouvrir un appel à candidature pour solliciter la présence d'autres familles**. Désigner ou coopter de nouveaux membres en cours de mandat, permettra à notre CVS de s'inscrire dans sa véritable fonction qu'est de favoriser l'expression et l'échange sur la vie au sein de la résidence. Un mail d'information parviendra prochainement aux familles.

8. QUESTIONS DIVERSES

Pas de question spécifique de la part des représentants des résidents, plutôt des points généraux à aborder. Certains résidents s'expriment :

⇒ Félicitations pour la propreté des locaux, des chambres, des lieux communs.

Monsieur Robischung confirme le bon travail et l'investissement quotidien de l'équipe pour que la résidence soit toujours propre et accueillante.

⇒ Problème de restauration récurrent : difficulté avec un chef de cuisine ?

Nous avons conscience de cette problématique et mettons tout en œuvre pour régler la situation très prochainement.

⇒ Est-il possible d'avoir le même soignant au moins une semaine d'affilée pour la toilette ?

Malheureusement cela n'est pas possible car aucun soignant n'a un planning de 5 jours d'affilés. Ensuite il y a la notion nouvelle liée à l'éthique : comment signaler un dysfonctionnement si c'est toujours le même soignant qui effectue le soin ?

⇒ En cas d'incendie comment déverrouiller la porte avec le nouveau système de badge ?

En cas d'incendie ou de problème électronique, au niveau du système de fermeture par badge, il suffit pour l'agent technique de glisser le carré noir correspondant à l'écran du système, pour insérer la clé et ainsi permettre l'ouverture de la serrure.

Levée de séance 15h30.

Prochaine séance à convenir.

Le Directeur



La Présidente





Synthèse évaluation externe Résidence Vauban

RÉFÉRENTIEL : Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, HAS, version mars 2022



DATE ÉVALUATION : 4 et 5 décembre 2023

ORGANISME ÉVALUATEUR : 4 As - accréditation COFRAC numéro 3-1988 rév. 0



ÉCHELLE D'ÉVALUATION :

1	pas du tout satisfaisant
2	plutôt pas satisfaisant
3	plutôt satisfaisant
4	tout à fait satisfaisant
★	optimisé

⇒ cotation minimale à atteindre pour les critères impératifs définis par la HAS

SYNTHÈSE COTATIONS :

CHAPITRE & THÈMES	COTATION / 4	PRÉSENCE D'ÉLÉMENT(S) D'ÉVALUATION OPTIMISÉ(S)
Chapitre 1 La personne	3,78	
Bientraitance et éthique	4,00	
Droits de la personne accompagnée	3,64	
Expression et participation de la personne accompagnée	3,69	
Coconstruction et personnalisation du projet d'accompagnement	3,67	
Accompagnement à l'autonomie	4,00	
Accompagnement à la santé	3,68	
Continuité et fluidité des parcours	3,75	
Chapitre 2 Les professionnels	3,55	★
Bientraitance et éthique	2,50	
Droits de la personne accompagnée	4,00	
Expression et participation de la personne accompagnée	4,00	
Coconstruction et personnalisation du projet d'accompagnement	3,86	★
Accompagnement à l'autonomie	3,00	
Accompagnement à la santé	3,84	
Continuité et fluidité des parcours	3,67	
Chapitre 3 L'ESSMS	3,72	★
Bientraitance et éthique	3,00	
Droits de la personne accompagnée	4,00	
Expression et participation de la personne accompagnée	4,00	
Coconstruction et personnalisation du projet d'accompagnement	4,00	★
Accompagnement à l'autonomie	4,00	★
Accompagnement à la santé	4,00	★
Politique ressources humaines	3,42	★
Démarche qualité et gestion des risques	3,35	★

FOCUS CRITÈRES IMPÉRATIFS AVEC COTATION INFÉRIEURE À 4 :

- Critère 3.11.1, cotation 3 : L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence au bénéfice des personnes accompagnées.
- Critère 3.11.2, cotation 3 : L'ESSMS traite les signalements de faits de maltraitance et de violence, et met en place des actions correctives.
- Critère 3.12.2, cotation 2 : L'ESSMS communique sur le traitement des plaintes et des réclamations aux parties prenantes.
- Critère 3.13.2, cotation 2 : L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes.
- Critère 3.14.1, cotation 3 : L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité et le réactualise régulièrement.

FOCUS ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION OPTIMISÉS (cotation ★) :

- ★ Les professionnels coconstruisent en équipe et avec la personne son projet d'accompagnement au regard des risques identifiés (élément d'évaluation du critère 2.4.4)
- ★ Les professionnels mobilisent tous les moyens nécessaires pour mettre en œuvre le projet d'accompagnement au regard de ces risques (élément d'évaluation du critère 2.4.4)
- ★ L'ESSMS développe ou s'intègre à des projets communs avec d'autres partenaires du territoire pour renforcer son offre d'accompagnement (élément d'évaluation du critère 3.4.3)
- ★ Ensemble des éléments d'évaluation du critère 3.5.2 :
 - Les professionnels savent identifier les situations de risque de perte d'autonomie et d'isolement des personnes accompagnées
 - Les professionnels mobilisent les moyens nécessaires [pour des actions de préservation de l'autonomie et de prévention du risque d'isolement] mis à leur disposition
- ★ L'ESSMS évalue régulièrement son circuit du médicament (élément d'évaluation du critère 3.6.1)
- ★ L'ESSMS actualise sa stratégie [prévention du risque médicamenteux] autant que nécessaire (critère 3.6.1)
- ★ Les professionnels alertent les personnes-ressources en cas de risque identifié [risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont la iatrogénie] (élément d'évaluation du critère 3.6.4)
- ★ L'ESSMS définit sa politique ressources humaines et met en place l'organisation nécessaire pour son déploiement (élément d'évaluation du critère 3.8.1)
- ★ L'ESSMS intègre la démarche de prévention des risques professionnels dans sa politique ressources humaines et la met en œuvre (élément d'évaluation du critère 3.8.1)
- ★ L'ESSMS met en place une organisation pour assurer le pilotage de sa démarche qualité et gestion des risques (élément d'évaluation du critère 3.10.2)

APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE L'ORGANISME ÉVALUATEUR :

« Les évaluateurs ont réalisés l'évaluation dans un contexte propice aux échanges et à la liberté d'expression. Les personnes accompagnées, les membres du CVS et les professionnels ont décrit une organisation cohérente et en toute connaissance de leur force et de leur point d'amélioration.

Les orientations de la fondation sont déclinées au quotidien au sein de cette résidence qui rénove progressivement l'ensemble de ses chambres afin de faire évoluer l'environnement aux besoins de dépendance grandissants. Une dynamique de démarche qualité est omniprésente et l'évaluation s'y intègre pleinement. En effet, que ce soit par de l'autoévaluation, le plan d'amélioration continue de la qualité ou les attendus autour de l'évaluation, la direction a d'ores et déjà initié des actions par le déploiement de nouveaux outils et elle a prévu d'actualiser son projet d'établissement en 2024 pour tenir compte des constats de l'évaluation réalisée en cette fin d'année 2023.

L'évaluation a mis en lumière un travail collaboratif de qualité où le résident est au cœur des préoccupations. Des axes d'amélioration ont été identifiés et ont déjà pu être appropriés par l'équipe de direction qui, soutenue par les services du siège, prévoit d'ajouter des actions au plan d'amélioration continue en conséquence. »

13/05/2024 - page 2 sur 2

