

# MAISON SAINT JOSEPH DE CHAUDEBOEUF

EHPAD – FV – FAM

Projet d'établissement  
2017–2022

FAM



**Maison Saint Joseph de Chaudaboëuf – EHPAD – FV – FAM**

35133 Saint Sauveur des Landes - ☎ 02 99 98 80 03 • 📠 02 99 98 89 18 • ✉ [chaudeboeuf@anneboivent.fr](mailto:chaudeboeuf@anneboivent.fr)

**Siège Social** : Association Anne Boivent – 8 bd de la Chesnadière – 35300 FOUGERES ☎ 02 99 94 95 70 • 📠 02 99 94 54 17

## **SOMMAIRE**

### **INTRODUCTION**

1.1 FINALITE DU PROJET D'ETABLISSEMENT.....	2
1.2 METHODOLOGIE.....	4

### **POSITIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE**

2.1. HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION.....	9
2.2. ORGANISATION DU SIEGE DE L'ASSOCIATION .....	9
2.2.1. Conseil d'Administration, missions du siège.....	10
2.2. L'ORGANIGRAMME DU SIEGE .....	12
2.3. LES VALEURS DE L'ASSOCIATION .....	14
2.4. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES .....	15
2.5. LA DEMARCHE QUALITE .....	16
2.5.1. Schéma.....	17
2.5.2. Piliers .....	18
2.5.3. Commission de bientraitance .....	19
2.5.4. Gestion des risques .....	20

### **POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT**

3.1. LA SITUATION DE L'ETABLISSEMENT .....	23
3.1.1. L'historique.....	23
3.1.2. Raison sociale .....	23
3.1.3. Capacité d'accueil.....	24
3.1.4. L'implantation géographique, l'accessibilité.....	24
3.1.5. Les tarifs.....	25
3.1.6. La mission .....	26
3.1.7. Le service rendu.....	26
3.2. LES VALEURS DE L'ETABLISSEMENT .....	27
3.3. LES RECOMMANDATIONS ET TEXTES DE REFERENCE .....	27
3.3.1. Les chartes .....	27
3.3.2. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM .....	27
3.4. LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE .....	28
3.5. L'INSCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT DANS L'ENVIRONNEMENT.....	28
3.5.1. Les orientations régionales et départementales.....	28
3.5.2. L'inscription dans le réseau médico-social et sanitaire .....	31

3.6. LA POPULATION ACCUEILLIE.....	33
3.6.1. Origine et attentes .....	33
3.6.2. Les départements et communes d'origine.....	34
3.6.3. Caractéristiques de la population d'Ille et Vilaine.....	35
3.6.4. Caractéristiques de la population de l'établissement .....	38

## **LE PROJET DE VIE**

4.1. BILAN DU PROJET DE VIE .....	40
4.2. LES PREADMISSIONS.....	40
4.3. UN ACCUEIL ADAPTE, INDIVIDUALISE ET DE QUALITE .....	41
4.4. UN HEBERGEMENT CONVIVIAL.....	42
4.5. UNE RESTAURATION DE QUALITE, SOURCE DE PLAISIR.....	43
4.6. LA POSSIBILITE D'AVOIR UNE VIE SOCIALE ET DE PARTICIPER A DES ANIMATIONS .....	44
4.7. LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISE.....	44
4.7.1. Le recueil et observation des besoins et habitudes .....	44
4.7.2. L'élaboration et l'évaluation du projet avec le résident et la famille .....	45
4.7.3. Coordination et travail pluridisciplinaire autour du résident .....	45
4.7.4. Le départ provisoire ou définitif du résident.....	46
4.8. UNE CULTURE DE BIENTRAITANCE ET UNE PREVENTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE.....	47
4.8.1. Une culture de bientraitance .....	47
4.8.2. Une prévention des risques de maltraitance.....	47
4.8.3. La situation de l'établissement.....	48
EVOLUTIONS AU FAM	
LIMITES DE L'ORGANISATION ACTUELLE	
PROJECTIONS	

## **LE PROJET DE SOINS**

5.1. LA PREVENTION ET GESTION DES RISQUES.....	55
5.2. L'ACCES AUX SOINS, CONTINUTE DES SOINS ET URGENCE MEDICALE..	65
5.3. L'ORGANISATION DES SOINS .....	67
5.3.1. Le dossier de soins et le dossier médical .....	67
5.3.2. Les médicaments et les diverses dépenses de santé.....	67
5.3.3. L'accompagnement psychologique .....	69

## **PROJET D'ANIMATION**

6.1. LES ACTIVITES PROPOSEES.....	71
6.2. BILAN DU PROJET D'ANIMATION AU REGARD DU PROJET D'ANIMATION .....	73

## **LES ANIMATIONS FESTIVES**

## **PROJET ARCHITECTURAL**

7.1. L'ORGANISATION ARCHITECTURALE.....	75
7.2. LA SECURITE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT.....	75
7.3. LES PROJETS EN COURS .....	78

## **LE PROJET SOCIAL**

8.1. L'ORGANIGRAMME .....	84
8.2. L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE ET DES TRANSMISSIONS ENTRE EQUIPES .....	85
8.3. LE RECRUTEMENT ET L'INTEGRATION DES NOUVEAUX PERSONNELS ...	87
8.4. LA GESTION DES REMPLACEMENTS.....	87
8.5. L'ACCUEIL DES STAGIAIRES.....	87
8.6. FORMATIONS.....	88
8.7. LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS .....	88
8.8. LA COMMUNICATION EN INTERNE.....	89
8.9 FICHES DE POSTE .....	91
8.10 ENTRETIENS PROFESSIONNELS ET D'EVALUATION .....	91
8.11 L'ANALYSE DE PRATIQUES.....	91

## **LA DEMARCHE QUALITE**

9.1. ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE.....	93
9.1.1. Copil, mise en place de procédures.....	93
9.1.2. L'autoévaluation .....	94
9.1.3. La gestion des évènements indésirables et des plaintes.....	95
9.1.4. La communication avec les familles et les résidents .....	95

## **LE SYSTEME D'INFORMATION**

10. Le système d'information .....	99
------------------------------------	----

## LES FICHES ACTIONS

11.1 Principaux points forts et points faibles.....	101
11.2 Les fiches actions.....	101

GLOSSAIRE.....	121
----------------	-----

## Introduction

### 1.1 FINALITE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

C'est au début du 19<sup>e</sup> siècle que le château de Chaudeboeuf, donné par ses propriétaires à la communauté des sœurs de Rillé, est devenu un hospice, accueillant des déshérités, vieillards, malades, handicapés mentaux puis aussi des enfants malades.

Au fil des années, forte de son histoire, la Maison de Chaudeboeuf a évolué et propose aujourd'hui, un accueil diversifié, adapté à notre époque et aux besoins de notre société.

- ▶ Foyer de Vie
- ▶ Foyer d'accueil médicalisé
- ▶ Accueil de personnes âgées et de personne handicapées vieillissantes en EHPAD, avec accueil permanent et accueil temporaire

Géré par l'Association Anne Boivent, la Maison de Chaudeboeuf est porteuse de ses valeurs et suis ses indications pour l'avenir, en respect et adéquation avec les besoins recensés, notamment des préconisations de l'ARS et du Conseil Départemental d'Ille et Vilaine.

Le projet d'établissement se décline en une partie commune et trois parties distinctes, liées aux trois établissements en mutation, forts de leur présent et audacieux pour leur avenir. Il s'appuie sur LE PROJET MANAGERIAL dont le choix du Responsable d'Etablissements est de :

- développer la participation des professionnels par des groupes de travail sur des thématiques définies.
- prendre en compte l'histoire du site de la maison de Chaudeboeuf à St Sauveur des Landes.
- tenir compte de la spécificité de chaque établissement.
- répondre aux axes et recommandations précises de l'ARS et du Département faisant suite à l'Evaluation Externe ainsi qu'au rapport de l'ARS faisant suite à l'inspection du 23 octobre 2017.
- prendre en compte des évolutions du secteur

La Maison de Chaudeboeuf est en ordre de marche et a déjà entamé une évolution axée sur :

- l'ouverture du site à l'externe/interne, partenariat/partage.
- la mise en place de formations spécifiques aux évolutions et besoins (Trouble de la Sphère Autistique, Vieillesse des personnes en situation de handicap).
- la professionnalisation, (départ en retraite/évolution de postes, pérenniser des Emplois d'Avenir).



- la diversification des métiers sur le site (nouvelles professions) venant appuyer la qualité de l'accompagnement.
- la démarche Projet Architectural.

**Pour les cinq années à venir, notre volonté est de faire progresser tous ces axes. Notre but est de poursuivre l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et le service rendu aux personnes accueillies et de favoriser l'épanouissement et l'évolution professionnels du personnel.**



## 1.2 METHODOLOGIE

Le dernier projet datant de 1989, il est évident que le contexte a fortement évolué depuis 27 ans tant sur le plan réglementaire, que sur la démarche qualité (gestion des risques..) ainsi qu'au niveau de la prise en charge et d'accompagnement.

Les enjeux définis sont les suivants :

- ✓ Donner du sens à l'action de chacun, qu'elle soit adaptée et coordonnée
- ✓ Mettre en place une organisation structurée
- ✓ Créer une réelle dynamique professionnelle
- ✓ Renforcer le professionnalisme

*L'élaboration du projet d'établissement s'est déroulée en deux phases :*

- ✓ De Juin 2013 à Janvier 2014, avec la participation de différents groupes :
  - Le comité stratégique : composé du Président de l'Association Anne Boivent, du Directeur Général, du Responsable des Ressources Humaines et de membre du Conseil d'Administration. Son rôle était de donner les orientations stratégiques puis de valider ou d'amender les propositions effectuées par les groupes de travail et le comité de pilotage. Ce comité s'est réuni les 11 et 26 juin et le 16 décembre 2013.
  - Pour l'élaboration des projets de service, trois groupes de travail ont été constitués : 1 pour l'EHPAD, 1 pour le Foyer d'Accueil Médicalisé et 1 pour le Foyer de Vie. Les différentes catégories professionnelles étaient représentées dans chacun des groupes. Cela a permis de mettre l'accent sur les dysfonctionnements repérés, sur les motifs d'insatisfaction susceptibles d'altérer la qualité des prestations et aussi identifier des axes d'amélioration.

Les groupes se sont réunis aux dates suivantes :

- EHPAD : 27 septembre, les 4 et 17 octobre 2013
- FAM : 26 septembre, les 3 et 18 octobre 2013
- FV : les 22 et 31 octobre, 14 novembre 2013
- Le comité de pilotage, intégrant les services supports, les représentants du personnel et du CHSCT. Ce groupe, représentatif de l'ensemble de l'établissement, a largement contribué, par ses propositions pertinentes à l'enrichissement du projet. Celui-ci s'est réuni les 20-27 novembre et le 4 décembre 2013.

Malgré ces temps de réunion, le projet d'établissement n'a pas été finalisé dans son ensemble.





L'arrivée de la nouvelle direction en 2015 a été l'occasion de reprendre les travaux initiés et d'engager parallèlement une réflexion concernant l'architecture du site avec pour objectifs de :

- Répondre aux normes d'accessibilité handicap
- Avoir une logique d'unité par structure
- Améliorer la qualité et la sécurité des lieux de vie
- Faciliter la logistique et la communication inter-services

Un COPIL a été créé en 2016, constitué de représentants de salariés :

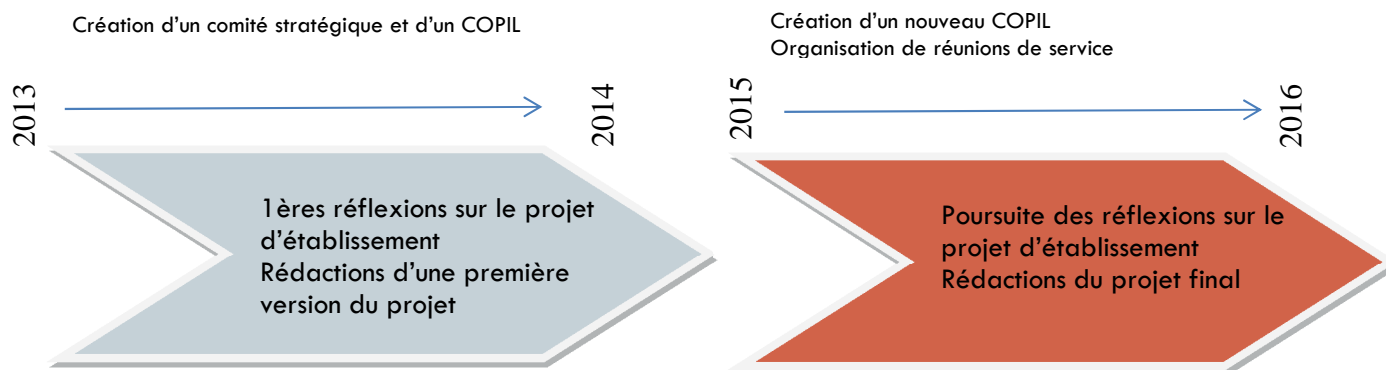
<p><i><b>Chefs de service :</b></i> Bernadette Bayer Emilie Chiron Sylvie Mardelé Gilles Raffray</p> <p><i><b>Infirmière :</b></i> Maryline Montembault</p> <p><i><b>Agent de maintenance :</b></i> Nicolas Deboire</p> <p><i><b>Psychologue :</b></i> Angélique Le François</p>	<p><i><b>Animation :</b></i> Sandra Boscher Stéphanie Burban</p> <p><i><b>Atelier :</b></i> Armelle Prime</p> <p><i><b>Agent de liaison :</b></i> Pascal Reniero</p> <p><i><b>Cuisine :</b></i> Mikaël Gonnet</p> <p><i><b>Accueil :</b></i> Joëlle Froc</p>
--	--

Il s'est réuni à 4 reprises :

- 31/03/2016
- 20/04/2016
- 10/05/2016
- 31/05/2016

Entre deux réunions du groupe de travail, des réunions « retour projet » ont été assurées auprès de chaque service par les chefs de service. Ces temps d'échange ont été l'occasion d'informer les professionnels de l'état d'avancement du projet et donner l'occasion à ces derniers de formuler des propositions et observations.





*Prise en compte des observations et remarques des usagers, des familles et partenaires*

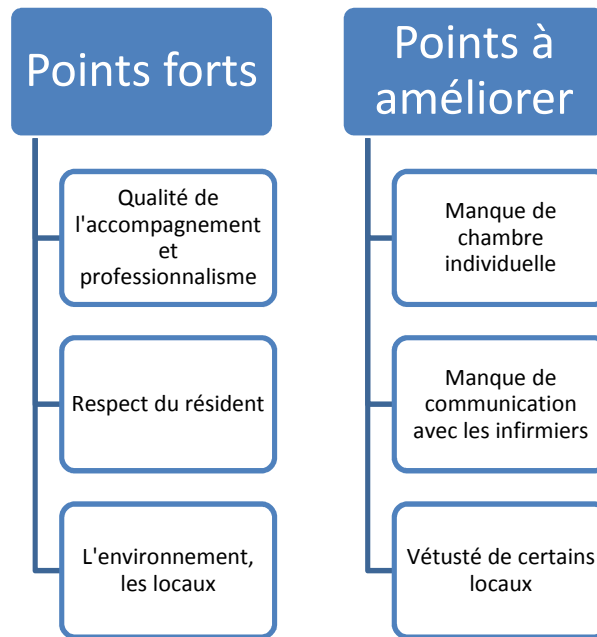
Parallèlement, l'établissement a souhaité prendre en considération les observations et suggestions des familles et partenaires. Dans ce cadre, deux questionnaires de satisfaction leur ont été adressés.

### **1) Questionnaire famille :**

Le questionnaire famille réalisée en novembre 2015 témoigne de :

- ✓ la qualité des prestations et services rendus aux résidents. L'environnement et le professionnalisme de la structure semblent être des atouts indissociables à ce résultat. Dans l'ensemble, la structure a une bonne image (accueil, accompagnement, animation...), avec de nombreux points forts mais aussi des axes d'amélioration ::

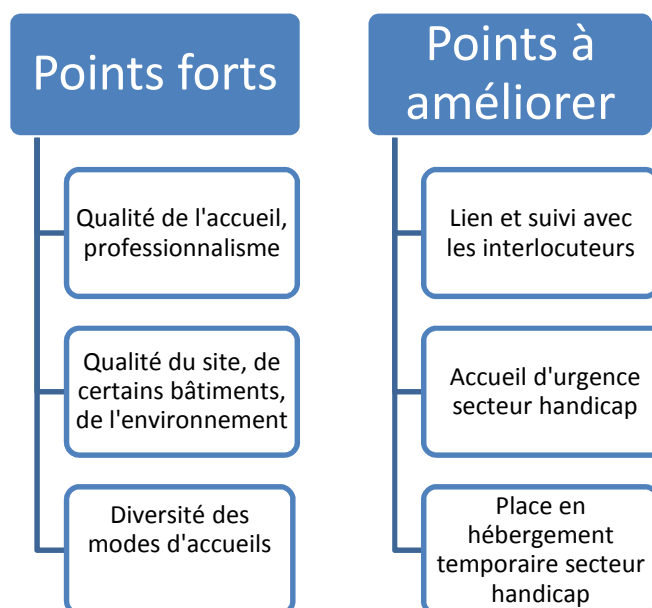




Le projet a également été présenté à plusieurs reprises en CVS et lors d'une réunion spécifique de présentation du projet architectural le 1<sup>er</sup> décembre 2016.

## 2) Questionnaire partenaires :

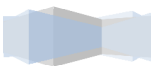
Les partenaires de l'établissement ont été sollicités par le biais de questionnaires en décembre 2015. Le retour est globalement positif avec :





Enfin, les orientations du projet d'établissement et du projet architectural ont été présentées aux organismes de tutelle à l'occasion de 2 réunions le 27 octobre 2015 et le 20 septembre 2016.

Le projet d'établissement a été validé en juin 2017 après consultation du CVS et du Conseil d'Administration le 26 juin 2017. Il fera l'objet d'une diffusion aux professionnels ainsi qu'aux partenaires.



## Le positionnement de l'organisme gestionnaire

### 2.1. HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION

L'Association Anne Boivent est née du regroupement des établissements médico-sociaux créés à l'origine par la Congrégation des sœurs de Rillé.

Elle est composée de représentants de la Congrégation et de personnes extérieures convaincues de l'importance de préserver l'esprit originel de l'œuvre fondée par les Sœurs depuis 1827.



L'association accueille des *enfants et des adultes en situation de handicap, des personnes âgées et plus généralement toutes personnes en situation de fragilité*. Elle a pour but de les accompagner, les aider à vivre, en tenant compte de leur histoire et de leur environnement.

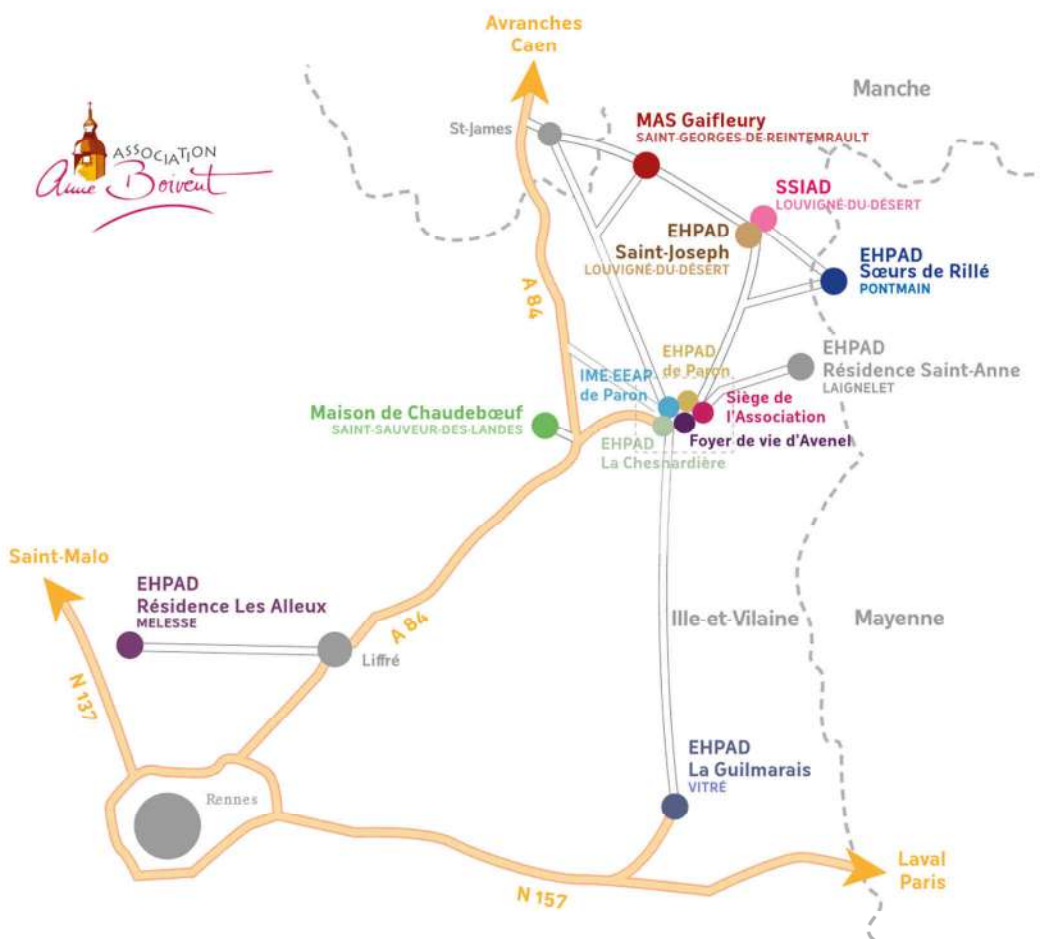
### 2.2. ORGANISATION DU SIEGE DE L'ASSOCIATION

#### *LES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS*

L'association Anne Boivent gère la Maison Saint-Joseph de Chaudeboeuf (Saint Sauveur des Landes) mais aussi d'autres établissements :

- ✓ L'EHPAD La Chesnardière (Fougères)
- ✓ L'EHPAD de Paron (Fougères)
- ✓ L'EHPAD St Anne (Laignelet)
- ✓ L'EHPAD La Guilmarais (Vitré)
- ✓ L'EHPAD des Alleux (Melesse)
- ✓ L'EHPAD « Les Sœurs de Rillé » (Pontmain)
- ✓ L'EHPAD et le SSIAD Saint Joseph (Louvigné du Désert)
- ✓ Le Foyer de Vie d'Avenel (Fougères)
- ✓ IME EEAP Paron (Fougères)
- ✓ MAS Gaifleury (Saint Georges de Reintembault)





### 2.2.1. Conseil d'Administration, missions du siège

Conformément aux objectifs de son projet associatif, la structuration du siège et le développement des services communs aux structures s'est développé sur la période 2010/2016. L'effectif est aussi passé de 2 à 16 personnes sur cette même période.

Les fonctions du siège se sont élargies sur la base d'un nouvel ensemble de processus dont la responsabilité est assurée par le Directeur Général.

Les activités du siège sont réparties par pôle avec des attributions distinctes et des objectifs partagés. Le siège se doit d'être un « Siège Expert » au service des directions d'établissements.



Le siège gère ainsi les processus suivants :

### **Le Processus « Financier et Comptable »**

Le siège au travers de son pôle comptable assure les fonctions suivantes :

- Etablissement des comptes administratifs
- Etablissement des budgets prévisionnels
- Elaboration du contrôle budgétaire et tableau de bord
- Consolidation des comptes annuels
- Animation des réunions et formation continue des comptables des établissements
- Relation avec le commissaire aux comptes
- Normalisation des comptabilités et contrôles internes

### **Le Processus « Gestion des Ressources Humaines »**

Ce service est encadré par le Directeur des Ressources Humaines. L'ensemble des paies des établissements sont établies au siège de l'Association (15 600 en 2015).

Toutes les problématiques associées (contrat de travail pour les CDI, traitement des salaires et des charges sociales et veille juridique) sont mises en œuvre au siège.

De 2012 à 2015, la centralisation de la gestion des ressources humaines a permis à l'Association de redéfinir les bases de sa gestion des ressources humaines (fiabilisation des processus de paie, des procédures RH, sécurisation des pratiques, mise en place d'un CCE)

### **Le Processus « Gestion des projets des travaux et de la politique de sécurité »**

Avec une recommandation de l'évaluatrice externe, une analyse et une réflexion des enjeux, une nouvelle fonction de Responsable de Projets des Travaux et de la politique de sécurité du groupe a été intégrée dans l'organisation du siège en mars 2015.

Les missions qui sont dès à présent mises en œuvre dans le cadre de ce nouveau processus :

- une assistance à maîtrise d'ouvrage auprès des responsables d'établissement,
- un état des lieux du patrimoine immobilier (en lien avec la Congrégation de Rillé propriétaire d'une partie des sites), et une gestion du parc immobilier,
- une gestion documentaire,
- le suivi de la mise en œuvre des avis de la commission de sécurité,
- le suivi de la gestion financière des opérations.

Les études de faisabilité, Plans Pluriannuels d'investissements (PPI), sont mis en œuvre par le Directeur Général.

Il en est de même pour l'analyse du contrôle budgétaire des opérations de construction et réhabilitation et les formalités administratives liées à ces opérations (demande d'agrément PLS, conventions DALO, livraisons à soit même et formalités TVA etc).



Le Directeur Général tient du Président une large délégation dont les seules limites sont :

- la capacité d'ester en justice,
- la capacité de signer les actes notariés, procès verbaux d'assemblée générale, de conseil d'administration et de bureau,
- le recrutement de cadre du siège, de directeur ou directeur adjoint,
- le déroulement de carrière et décision de rupture du contrat de travail d'un salarié cadre,

#### **Les 7 domaines de délégation**

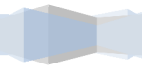
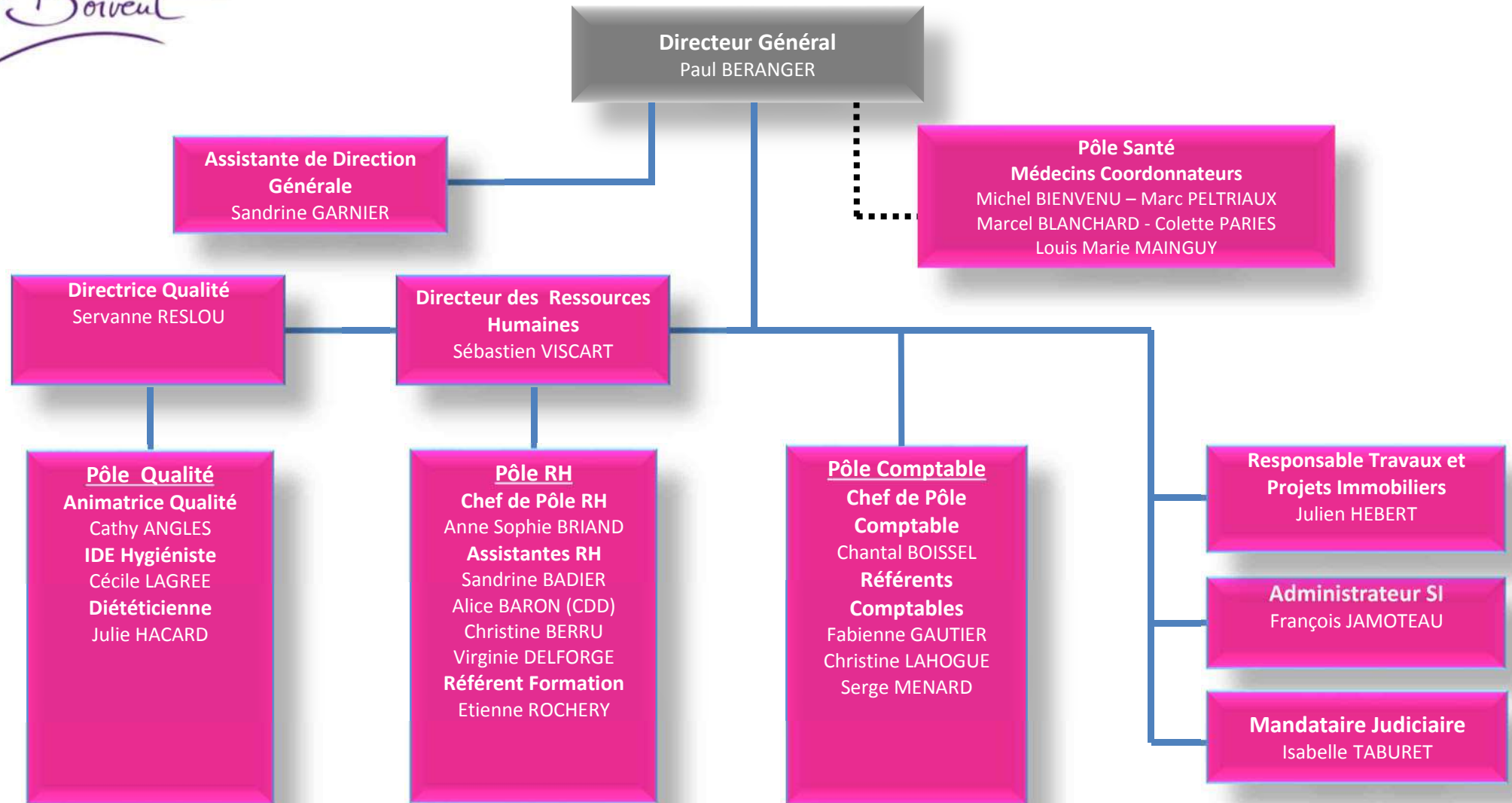
- la légalisation du travail et des accords d'entreprises,
- le respect des règles d'hygiène et de sécurité,
- la représentation de l'employeur dans le cadre des réunions avec les représentants de salariés,
- la gestion des rémunérations dans le cadre des budgets,
- le respect des dispositions des CCN, gérer les rémunérations suivant ces dispositions et assurer les obligations au niveau des déclarations sociales,
- l'actualisation des connaissances concernant la réglementation économique, fiscale et sociale et engager l'association dans le respect de cette réglementation,
- le respect de la réglementation liée à l'action sociale

Le Directeur Général préside le comité central d'entreprise (CCE) mis en place en décembre 2012.

## **2.2. L'ORGANIGRAMME DU SIEGE**







## 2.3. LES VALEURS DE L'ASSOCIATION



## 2.4. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

- **La contractualisation** : l'Association est prête à s'engager dans une démarche de contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens.
- **L'organisation par pôle** : une nouvelle évolution est récemment mise en place avec une organisation par Pôle :

- Un Pôle Personnes Agées
- Un Pôle Personnes Handicapées

Le passage d'une organisation horizontale à une organisation verticale permettra de positionner deux Responsables métiers qui seront des liens directs avec les Responsables d'Etablissement.

- **La mise en place d'une politique de communication** notamment par la définition d'une charte graphique, la publication d'un bulletin d'information, l'organisation d'une manifestation associative...
- **La veille par rapport à la politique du territoire** par le suivi des actions et de la politique du territoire (partenariats, appels à candidatures...)
- **Une évolution du système d'information** avec le recrutement d'un administrateur réseau et la ré-internalisation de l'équipement informatique.
- **La centralisation des travaux comptables au niveau du siège**
- **La poursuite de la démarche qualité et gestion des risques** avec le suivi des évaluations internes et externes, la mise en place d'une culture de gestion du risque, une harmonisation des pratiques de la démarche qualité au sein des différents établissements...
- **La centralisation de l'ingénierie de formation** avec la définition d'une politique globale de formation en fonction d'axes stratégiques arrêtés annuellement.
- **Le déploiement du nouvel accord relatif au temps de travail**



## 2.5. LA DEMARCHE QUALITE

Une nouvelle dynamique a été lancée au début de l'année 2016 avec la réorganisation du processus qualité afin de structurer la démarche. Dans ce cadre, une Directrice Qualité Groupe et une Technicienne Qualité ont été nommées.

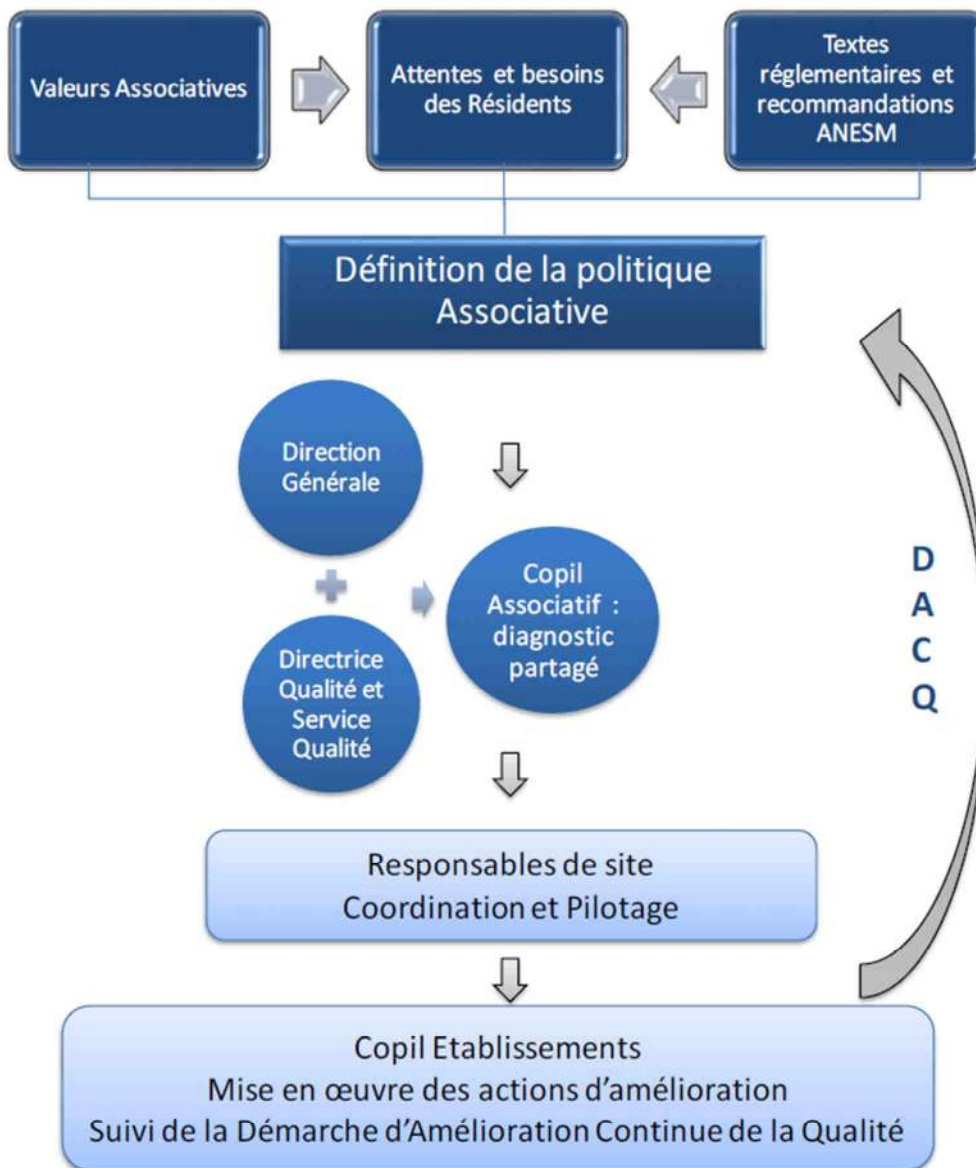
Parallèlement, un groupe de référents qualité pluri-établissement et pluridisciplinaire a été constitué. Au sein de la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf, deux référents qualité ont été nommés après appel à candidature associatif.

Les objectifs de cette nouvelle démarche sont notamment de :

- faire fonctionner les COPIL Qualité et d'assurer le suivi de l'état d'avancement de la DACQ,
- mettre en place des réunions CREX et PRAP trimestrielles,
- de former le personnel à l'utilisation du logiciel qualité Kalit'expert
- d'aider les établissements à mettre en place la gestion documentaire
- réaliser un Document Unique des Risques Professionnels
- réaliser des enquêtes de satisfaction
- organiser des audits inter-établissements
- mettre en place des guides qui permettront de répertorier la législation et des recommandations sur un thème déterminé afin de faciliter le travail d'élaboration des procédures.



### Schéma de la Démarche Qualité



## 2.5.2. Piliers

### Les 5 Piliers Associatifs

Pilier 1	Pilier 2	Pilier 3	Pilier 4	Pilier 5
<p><b>Culture du groupe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Définition du Pilier</b></li> <li>• Développer l'association et la culture du groupe au travers de la richesse des forces individuelles</li> <li>• <b>Objectifs du Pilier</b></li> <li>• Pérenniser l'association et répondre aux exigences budgétaires</li> <li>• Mutualiser et formaliser les bonnes pratiques</li> <li>• Communiquer entre nous et faire parler de nous</li> <li>• Utiliser l'interdisciplinarité en levier de progression</li> <li>• Poursuivre le décloisonnement entre les structures gérées</li> </ul>	<p><b>Accompagnement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Définition du Pilier</b></li> <li>• Proposer dans un environnement institutionnel un accompagnement conforme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie</li> <li>• <b>Objectifs du Pilier</b></li> <li>• Développer et suivre l'implémentation des projets (d'établissement, de vie des résidents)</li> <li>• Adapter l'environnement architectural aux besoins des résidents</li> <li>• Recueillir et traiter les attentes et les insatisfactions des résidents et des familles.</li> </ul>	<p><b>Sécurisation des organisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Définition du Pilier</b></li> <li>• Adapter et sécuriser les structures et les organisations aux changements et aux exigences de nos métiers</li> <li>• <b>Objectifs du Pilier</b></li> <li>• Développer la culture qualité</li> <li>• Développer la culture de gestion du risque</li> <li>• Répondre aux exigences réglementaires</li> <li>• Professionnaliser les équipes</li> <li>• Suivre nos fournisseurs et nos sous-traitants</li> </ul>	<p><b>Bienveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Définition du Pilier</b></li> <li>• Maintenir la bienveillance au cœur de nos valeurs et de nos pratiques</li> <li>• <b>Objectifs du Pilier</b></li> <li>• Sensibiliser les salariés à la bienveillance</li> <li>• Développer les analyses des pratiques</li> <li>• Analyser et suivre la maltraitance</li> </ul>	<p><b>Créativité, Innovation et Ouverture</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Définition du Pilier</b></li> <li>• Favoriser la créativité et l'innovation</li> <li>• <b>Objectifs du Pilier</b></li> <li>• Avoir la capacité de répondre aux appels à projet</li> <li>• Répondre aux évolutions de la demande</li> <li>• Développer l'offre de service</li> <li>• Favoriser le travail en réseau, la logique de partenariat et la coopération entre établissements d'un même territoire</li> </ul>



### 2.5.3. Commission de bientraitance

Une Commission Bientraitance a été mise en place au sein de l'Association et s'est réunie la première fois le vendredi 11 décembre 2015. Son premier objectif a été de valider une charte associative sur la bientraitance, affichée dans tous les établissements de l'Association.

#### Ses missions :

- ✓ Assurer le rôle d'une commission éthique
- ✓ Garantir la pluralité des regards
- ✓ Avoir un rôle de tiers garant du cadre
- ✓ Apporter une compétence relationnelle et technique
- ✓ Promouvoir le concept de bientraitance
- ✓ Proposer une écoute, un accompagnement aux professionnels en difficulté.

Dans l'accomplissement de ces objectifs, l'intérêt sera de :

- ✓ Promouvoir la parole de tous les professionnels : échanger autour des observations de proximité, les sensibiliser régulièrement sur le sens de leur mission, favoriser le partage et l'enrichissement de compétences autour des observations quotidiennes, formaliser des supports d'information adaptés,
- ✓ Accompagner et encourager la prise de recul : donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers que le professionnel accompagne, soutenir les professionnels par une réflexion régulière, inscrire les échanges dans la DACQ (Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité), mettre en place un accompagnement ponctuel en cas d'évènement très difficile, encourager la réflexion éthique,

#### Sa composition :

- ✓ Le Président de l'Association
- ✓ Un psychologue
- ✓ Deux Responsables d'établissement PA/PH
- ✓ Deux administrateurs
- ✓ Un médecin
- ✓ Le technicien qualité
- ✓ Une secrétaire
- ✓ Deux personnes extérieures qualifiées
- ✓ Des membres invités



## 2.5.4. Gestion des risques

### La cartographie des risques

Ces travaux ont été initiés à la demande des Administrateurs lors de la réunion du bureau du 15 janvier 2015. Le Président de l'Association a exprimé sa volonté d'engager sur l'année 2015 une réflexion sur la Gestion des Risques. Cet engagement a été renouvelé au niveau de la présentation des perspectives 2015 dans le rapport d'activité lors de l'Assemblée Générale du 28 mai de l'année dernière.

Cinq domaines de risques ont ainsi été définis :

- Risques liés à l'environnement.
- Risques managériaux.
- Risques opérationnels.
- Risques concernant les usagers.
- Risques professionnels.

Avec des équipes constituées de Pilotes et de Participants, la démarche a consisté à :

- Identifier les risques susceptibles de causer des dommages aux usagers, aux professionnels, aux biens de l'association et aux visiteurs.
- Evaluer la criticité de chaque risque identifié.
- Déterminer nos points forts et nos points faibles.
- Définir un plan d'actions d'amélioration (objectifs, responsabilités, acteurs, moyens, délais, résultats attendus).

La synthèse ci-dessous fait ressortir les éléments suivants :

- 7 risques sont classés dans la catégorie « Risques graves devant être corrigés ». Ceux-ci entraîneront donc une planification d'actions à un an. Ces risques ont été présentés aux administrateurs.
- 78 « risques Modérés » devront faire l'objet d'un suivi et entraîneront une planification d'actions à deux ans.
- Enfin, 98 risques classés « Risques Maitrisés » n'entraînent pas d'actions particulières.

En outre, dans le cadre de la prévention des risques, l'Association a établi un Plan bleu décliné au sein de chaque établissement. Le document prévoit les démarches et moyens à mettre en œuvre pour faire face efficacement à la gestion d'un événement exceptionnel quelque soit sa nature.



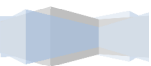


Dans ce cadre, différentes procédures ont été élaborées afin de préciser les conduites à tenir dans les situations suivantes :

- Canicule
- Infections associées aux soins
- Interruption alimentation électrique
- Rupture d'approvisionnement en eau destinée à la consommation humaine
- Légionnelles, etc.



## POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT



## POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

### 3.1. LA SITUATION DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1.1. L'historique

➤ Chaudeboeuf hier...

Le château de Chaudeboeuf appartenant à Mme la Comtesse Henri de la Haye St Hilaire dite Mme de Chaudeboeuf, fut légué le 6 juillet 1863 à la Congrégation des Sœurs du Christ Rédempteur.

Alors devenu hospice, le château fut sous la protection de St-Joseph, un asile pour les pauvres, les déshérités de la région fougeraise.



Chaudeboeuf reçu également une autre catégorie de déshérités : ceux dont « l'intelligence devait rester bornée ou dont les facultés mentales anormales ne pouvaient leur permettre de gagner leur vie ».

Chaudeboeuf eut aussi son pavillon d'enfants (accueil d'enfants chétifs ou orphelins) dès 1875.

### 3.1.2. Raison sociale

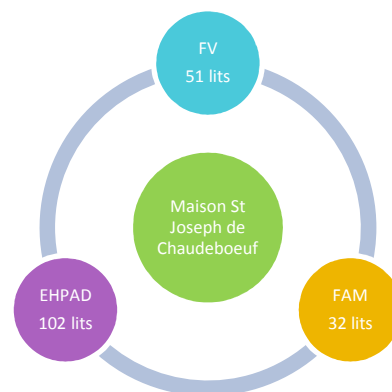
<b>Raison sociale de l'établissement</b>	<b>Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf</b>
<b>SIRET</b>	<b>43447329400057</b>
<b>Code finess</b>	<b>EHPAD : 350006409 FV : 350039772 FAM : 350039533</b>
<b>Adresse</b>	<b>35133 Saint Sauveur des Landes</b>
<b>Téléphone/Fax/Mail/Site internet</b>	<b>Tel : 02 99 98 80 03 Fax : 02 99 98 89 18 Mail : <a href="mailto:chaudeboeuf@anneboivent.fr">chaudeboeuf@anneboivent.fr</a> Site internet : <a href="http://www.anneboivent.com">www.anneboivent.com</a></b>
<b>Nature juridique de l'établissement</b>	<b>Associatif loi 1901</b>

### 3.1.3. Capacité d'accueil

Depuis 1998, Chaudeboeuf est devenu un établissement médico-social privé et rattaché à l'Association Anne Boivent (loi 1901).

La Maison St Joseph de Chaudeboeuf accueille sur le site 3 structures administratives distinctes :

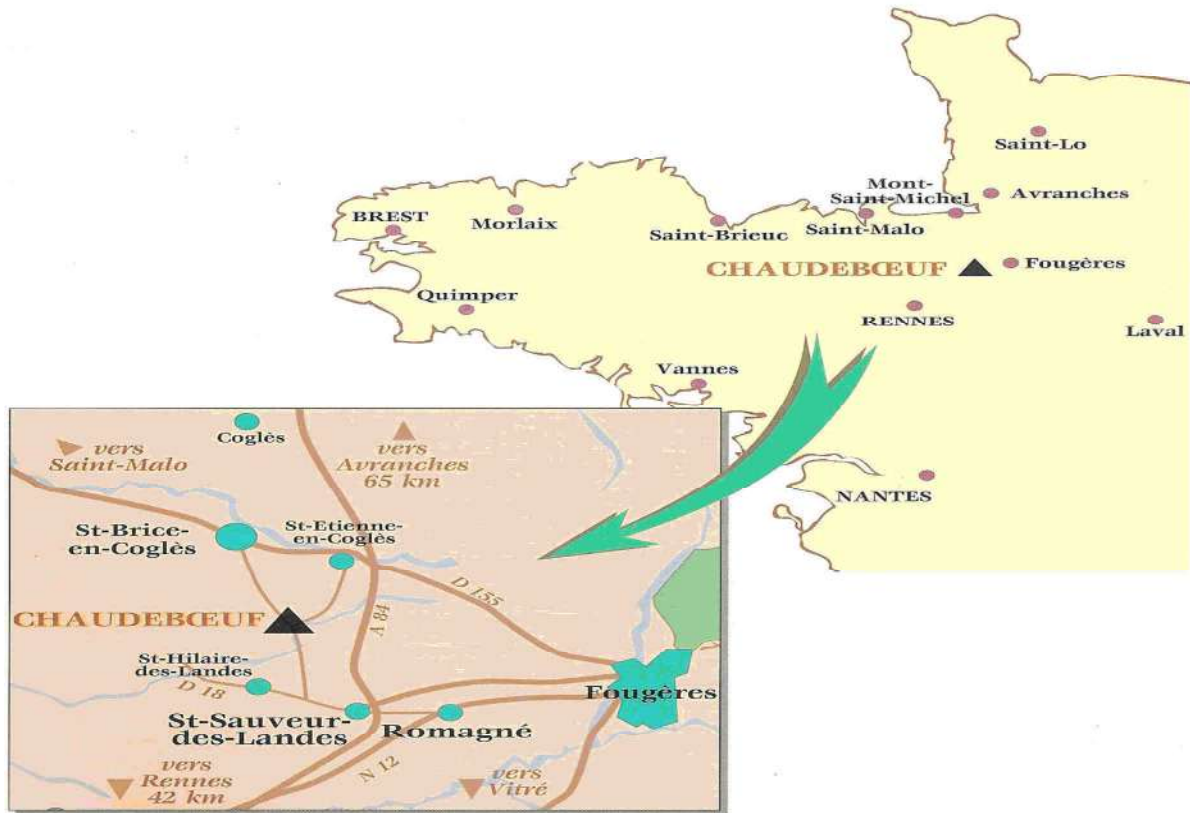
- ✓ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) groupe : 102 places
  - La Maison de Retraite (MR) 40 places (dont 2 en hébergement temporaire)
  - La Maison de Retraite Spécialisée (MRS) 62 places accueillent des personnes handicapées vieillissantes
- ✓ Le Foyer de Vie (FV) 51 places
- ✓ Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) 32 places



### 3.1.4. L'implantation géographique, l'accessibilité

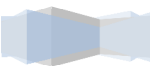
La Maison Saint-Joseph de Chaudeboeuf, localisée sur la commune de St Sauveur des Landes dans le département d'Ille-et-Vilaine à proximité de l'autoroute A84 (axe Rennes-Caen) jouit d'un cadre de verdure qui donne à l'établissement un caractère spécifique.





### 3.1.4. Les tarifs

Année	Tarif hébergement
2016	153,20 €



### 3.1.5. La mission

La mission spécifique du **Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)** est de recevoir des personnes adultes rencontrant diverses situations de handicap liées à une déficience intellectuelle associée à une pathologie psychique ou somatique. Leur dépendance et leur inaptitude à exercer une activité à caractère professionnel nécessitent un soutien et une stimulation constante, ainsi qu'un suivi médical régulier.

Ces prestations sont proposées en respectant le libre choix du résident, en recherchant systématiquement son consentement éclairé, en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation des conditions et conséquences de son accompagnement, et en veillant à sa compréhension.

### 3.1.6. Le service rendu

Prestation d'hébergement :

- ✓ Prestation d'accueil hôtelier (location d'une chambre, ameublement, utilisation de locaux communs, chauffage, éclairage, fourniture et entretien du linge hôtelier).
- ✓ Prestation de restauration (3 repas quotidiens et une collation. Application des régimes prescrits par le médecin) et intervention de la diététicienne.
- ✓ Prestation d'entretien (nettoyage et entretien des locaux privatifs et collectifs, entretien du linge personnel).
- ✓ Prestation d'animation et de vie sociale (animations, accès au téléviseur commun).
- ✓ Repas des familles avec un tarif semaine et WE/jours fériés.

Prestation dépendance :

- ✓ Prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins (interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale : aide à la prise des repas, à l'habillage, aux déplacements...).

Prestation de soins :

- ✓ Distribution des médicaments.
- ✓ Suivi de l'état de santé et soins courants
- ✓ Suivi individuel et personnalisé (réunion « Projet de Vie Individualisé »).
- ✓ Prévention et analyse des risques et application des différentes recommandations de bonnes pratiques



### 3.2. LES VALEURS DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement agit pour promouvoir et traduire en actions des valeurs partagées :

- ✓ La primauté de la vie, l'intégrité de la personne
- ✓ Le respect de la dignité de la personne et de l'expression de sa volonté quelque soit son degré de dépendance et d'autonomie
- ✓ La prise en compte de la fragilité de la personne humaine
- ✓ L'écoute, l'attention à l'autre, l'intérêt pour ce qu'il est, en l'accueillant avec ses richesses, ses faiblesses, son histoire, sa religion et ses convictions
- ✓ L'échange, l'esprit de solidarité

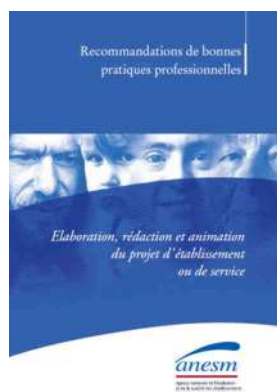
### 3.3. LES RECOMMANDATIONS ET TEXTES DE REFERENCE

#### 3.3.1. Les chartes

L'établissement est attaché à la Charte des droits et liberté de la personne accueillie ; Cette dernière est expliquée et signée par le résident et/ou la famille et si besoin, utilisés comme outil de référence lorsque les exigences des familles sont contraires aux droits et liberté de leur parent ou des autres résidents.

#### 3.3.2. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Quelques unes des recommandations prises en compte dans le projet d'établissement :



- ✓ «L'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement ou de service» figurait au programme de travail 2009 de l'Anesm, au titre du soutien aux professionnels. Elle se réfère à l'ensemble des recommandations publiées par l'Agence, et plus particulièrement à :
- ✓ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » (juin 2008) ;
- ✓ « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (décembre 2008) ;
- ✓ « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » (décembre 2008) ;
- ✓ « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'Action sociale et des familles » (avril 2009).

- ✓ La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
- ✓ Les « comportements problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses (2016)
- ✓ Les espaces de calme-retrait, d'apaisement (Janvier 2016)
- ✓ Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques (Mai 2016)
- ✓ Qualité de vie en MAS/FAM, volet 1 à 3
- ✓ L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (Mars 2015)

### 3.4. LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE

Les textes de référence applicables au foyer de vie sont les suivants :

- Code de l'action sociale et des familles : articles R314-140 à R314-146

### 3.5. L'INSCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT DANS L'ENVIRONNEMENT

#### 3.5.1. Les orientations régionales et départementales

Pour l'élaboration de son projet d'établissement, la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf a pris en considération les orientations des différents schémas régionaux, départementaux, notamment :

#### Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap – CD 35 – 2015/2019

Page 95

« Le vieillissement se traduit souvent par des déficiences liées à l'âge qui viennent s'ajouter à celles qui sont à l'origine de leur handicap, voire qui aggravent ces dernières. Ce phénomène génère fréquemment une fatigabilité accentuée, le besoin d'une adaptation des lieux de vie et d'activité, parfois l'orientation vers une solution institutionnelle différente plus lourde ».

Page 101

Les Foyers de Vie

« Un besoin de 222 places en foyer de vie ressort de l'enquête dont une part importante pour des personnes en sortie d'ESAT (avec ou sans hébergement). Sur la base du nombre de sorties annuelles, chiffré à 50 en Ille et Vilaine par l'enquête ES (données 2010), on peut estimer que le



nombre de départs ne suffira pas à couvrir les demandes d'admission, compte-tenu des besoins non comptabilisés par les structures non répondantes.

*Les Foyers d'Accueil Médicalisés et Maisons d'Accueil Spécialisés*

*Il est naturellement compliqué et délicat pour ces établissements de se prononcer sur une estimation des sorties à venir dans la mesure où ceux-ci accueillent les personnes pendant très longtemps. Le nombre de sorties chaque année est donc limité. L'enquête ES Handicap avait recensé 14 sorties seulement en 2010 sur 605 personnes accompagnées en FAM-MAS avec une durée de séjour moyenne à la sortie de 9 ans.*

*Dans ce contexte, il est certain que le nombre de sorties ne permettra pas d'équilibrer des besoins en admission importants ».*

#### Page 304

*« Améliorer le parcours des personnes*

- *Promouvoir l'inclusion des enfants et adultes avec TED*
- *Anticiper les passages vers l'aval en créant des passerelles entre les différents modes d'accompagnement.*

*Rechercher la signature de conventions de partenariat entre les différents types d'établissements médico-sociaux et sanitaires (EHPA/EHPAD/FAM/Foyer de Vie/Centre Hospitalier/psychiatrie) afin d'améliorer l'articulation avec le milieu hospitalier et la psychiatrie et ainsi éviter les ruptures de parcours et améliorer l'interconnaissance des acteurs ».*

#### Page 306

*« Action : renforcer la présence de professionnels dans les établissements pour personnes âgées. La création au sein des EHPAD sur le modèle des PASA, des unités dédiées à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques ».*

## Schéma régional organisation médico-sociale ARS Bretagne

Le diagnostic souligne :

*« Un nécessaire développement de la démarche qualité et du management en établissements et services : l'enjeu du vieillissement de la population est important et nécessite, au-delà du développement du nombre de places en Établissements et Services Médico-sociaux (ESMS), un accompagnement à la professionnalisation des équipes pour une recherche permanente de qualité de service » p.400*

*« Un accompagnement mieux coordonné des personnes âgées dans leurs parcours de vie : l'accroissement de la dépendance et les besoins en soins des personnes âgées conduisent à faire appel aux services relevant du médico-social, aux soins en ambulatoire mais aussi souvent à des prises en charge hospitalières. La construction de filières de soins gériatriques et le développement des réseaux pour personnes âgées ont pour objet de mieux organiser ces parcours de vie en coordonnant les interventions des professionnels autour de la personne âgée. Cependant, cette coordination pourrait être améliorée » p.400*



« Le vieillissement de la population handicapée : cette population présente un vieillissement précoce, lié à plusieurs motifs : la prise prolongée de médicaments et leur iatrogénie, les conditions et les rythmes de travail exigés en ESAT, l'alimentation difficile ou déséquilibrée, une activité physique insuffisante, l'évolution propre du handicap etc. Le vieillissement psychopathologique est une autre caractéristique de l'avancée en âge des adultes handicapés. En 2006, une enquête de la DRASS révélait que la moyenne d'âge en ESMS pour personnes handicapées en Bretagne était de près de 40 ans. Quelques Conseils Généraux ont, dans leurs schémas Handicap, souligné ce problème et engagé les gestionnaires d'établissements à envisager de nouveaux types d'accueil pour cette population. Néanmoins, les solutions sont peu nombreuses en Bretagne, les personnes handicapées vieillissantes restant alors en ESAT, en Foyer de vie ou en Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM). Une réflexion plus active sur ce sujet, en partenariat avec les Conseils Généraux, mérite d'être menée ce qui permettra aussi de faciliter la fluidité des parcours ». p.401

«Le Handicap et le vieillissement» est l'un des 5 thèmes identifiés comme stratégiques par le niveau national » p.442

Le diagnostic du Schéma Régional d'Organisation médico-sociale de l'ARS précise que le vieillissement des personnes handicapées demande « une évolution des pratiques professionnelles (besoin de formation notamment) et impacte les organisations professionnelles (adaptation nécessaire du bâti, adaptabilité des projets de service aux projets de vie...). Les établissements et services à travers leur projet institutionnel doivent intégrer les éléments liés au vieillissement. Cela peut se concrétiser par de l'acquisition de matériel adapté à la dépendance, un renforcement des compétences mobilisables (notamment médicales), le développement des coopérations structurées entre le médico-social et le sanitaire ». p.445

« Il a été noté que dans le processus du vieillissement, le bruit est un élément important de souffrance des personnes handicapées vieillissantes au sein des établissements qui accueillent un public de toute tranche d'âge. Afin de prévenir ce problème et permettre à la personne de continuer à vivre le plus longtemps possible dans son lieu de vie, il serait souhaitable, voire recommandé, de prévoir les adaptations architecturales nécessaires (création d'unité spécifique, signalétique, insonorisation...) dans le cadre de constructions nouvelles et/ou de restructurations » p.446



### 3.5.2. L'inscription dans le réseau médico-social et sanitaire

L'établissement travaille en lien avec de nombreux partenaires. Toutefois, certains partenariats sont insuffisamment formalisés et évalués. En outre, l'établissement doit poursuivre son ouverture vers l'extérieur en communiquant encore davantage sur les prestations et les orientations à venir (ESAT, FV, EHPAD...)

Le réseau se compose de personnes, d'institutions ou des organismes sur lesquels l'établissement peut s'appuyer.

Le partenariat permet une amélioration de la qualité de prise en charge, l'établissement a signé plusieurs partenariats.

- ✓ L'établissement a une convention avec la pharmacie de Saint Aubin du Cormier qui assure la préparation des médicaments sous forme d'escargots. Les infirmières faxent les ordonnances puis la pharmacie prépare et livre les escargots contenant le traitement.
- ✓ Médecin : Les résidents sont libres de choisir leur médecin traitant. Un médecin salarié intervient tous les mardis matin au sein de la structure.
- ✓ L'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Fougères : La convention a été signée en 2009 et permet une prise en charge complémentaire pour les résidents en situation de soins palliatifs.
- ✓ Médecin psychiatre et infirmier du Centre Hospitalier Guillaume Regnier de Rennes : Trois ou quatre fois par an, le Médecin-Psychiatre se rend au Centre de Soins de l'établissement rencontrer les résidents qui le souhaitent ou le nécessitent. Ils interviennent après une demande conjointe du personnel d'accompagnement des unités et des infirmières. Depuis le mois de novembre 2016, les interventions des infirmiers psychiatriques au sein de la structure se sont accentuées, à raison d'une permanence hebdomadaire.  
Une convention doit être signée avec le CHS Guillaume Régnier pour pérenniser cette coopération très appréciée des professionnels.
- ✓ Droit de cité
- ✓ L'HAD
- ✓ Les kinésithérapeutes : plusieurs kinésithérapeutes interviennent au sein de l'établissement sur prescription médicale. Le choix de ces praticiens est laissé au résident lui-même ou à sa famille.
- ✓ La pédicure-podologue : Une pédicure-podologue libérale intervient toutes les 4 semaines dans l'établissement à la demande du résident lui-même ou à celle du Personnel d'accompagnement des unités d'hébergement.



- ✓ Les amis de Chaudeboeuf : il s'agit d'une association de bénévoles au sein de l'établissement. Ces personnes interviennent principalement au niveau des animations collectives.
- ✓ CH Fougères
- ✓ Appui Santé
- ✓ URIOPSS Bretagne
- ✓ CLIC
- ✓ CREA
- ✓ MPDH, ARS, CD35
- ✓ Centres de formation notamment IFSI et Askoria
- ✓ Médecins spécialistes : neurologues, psychiatres...
- ✓ Réseau Breizh 35
- ✓ Réseau soigner ensemble
- ✓ Le SCA Service Commun d'Achat



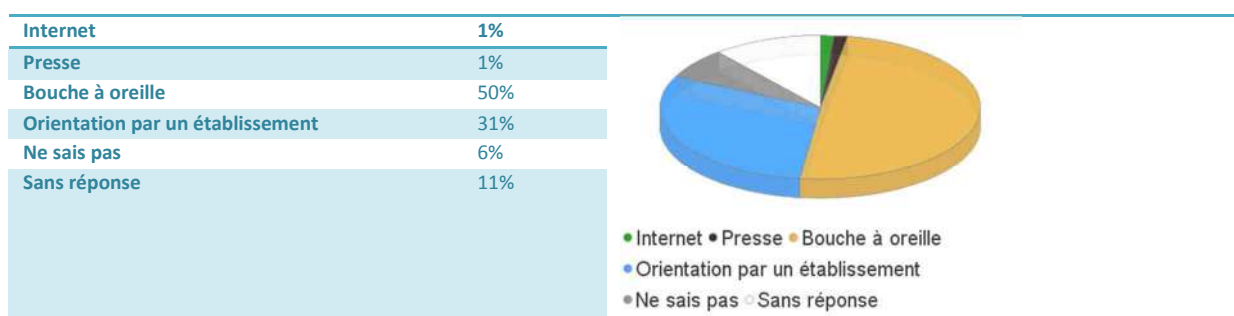
## 3.6. LA POPULATION ACCUEILLIE

### 3.6.1. Origine et attentes

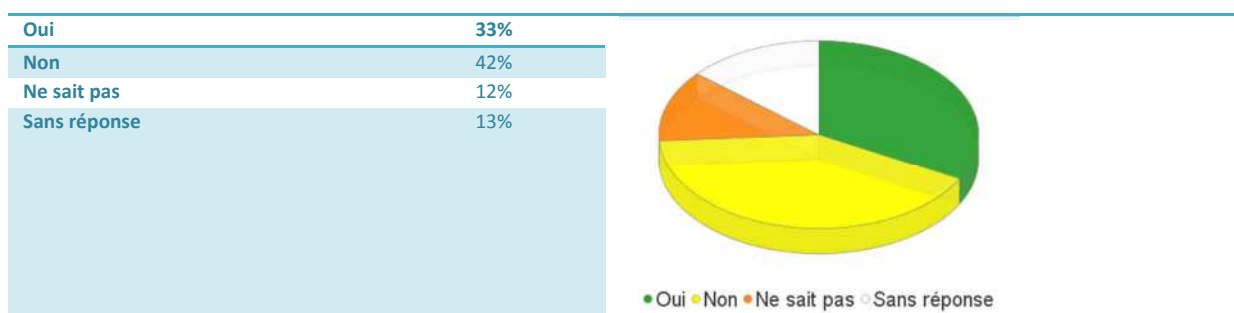
Le questionnaire de satisfaction adressé en 2015 aux familles abordait les raisons ayant motivé le choix de l'établissement.

50% des répondants ont connu la structure par le bouche à oreille. Pour 33% d'entre eux, il s'agissait d'un choix contre 42%.

Connaissances de l'établissement :



Choix de l'établissement :



Les principales attentes des résidents et des familles concernent :

- La qualité de l'accompagnement et le professionnalisme
- Le respect du résident
- L'environnement, les locaux
- Les activités proposées
- La qualité des soins prodigués.



### 3.6.2. Les départements et communes d'origine

Dept	Commune	Nbre résidents
35	Antrain	1
14	Avranches	1
35	Bazouges du desert	1
35	Betton	1
35	Chauvigne	1
35	Crotelles	1
44	Derval	1
35	Dompierre du chemin	1
35	Etelles	1
35	Fougeres	5
35	Montours	2
35	Orgeres	1
35	Parce	1
35	Pleumeleuc	1
35	Rennes	3
35	Saint georges de reintembault	1
35	Saint germain en cogles	2
35	Saint Gregoire	1
35	Saint jacques de la lande	1
35	Saint jouan les guerets	1
50	Savigny le vieux 50	1
35	Sens de bretagne	1
35	St Didier	1
61	Ste Honorinee la Guillaume(61)	1



### 3.6.3. Caractéristiques de la population d'Ille et Vilaine

Données issues du schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap -2015/2019

#### B) Estimation de la population adulte en situation de handicap en Ille-et-Vilaine à partir des dispositifs d'accompagnement ou de reconnaissance du handicap

Plusieurs dispositifs et prestations concourent à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Chacun d'entre eux permet de recenser une partie de la population concernée. Les différents publics ne peuvent être additionnés car une même personne peut relever de plusieurs dispositifs.

##### Nombre de bénéficiaires par type de prestations d'accompagnement ou de reconnaissance du handicap en Ille-et-Vilaine

Type	Dispositif	Nombre de bénéficiaires	Date du recensement	Sources
CI	Carte d'invalidité 15-64 ans	14 977	31/12/2012	MDPH 35
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	29 014	31/12/2012	MDPH 35
ESAT	Orientation en établissements et services d'aide par le travail	3 818	1/3/2014	MDPH 35
PI	Pension d'invalidité de 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> catégorie	9 439	31/12/2012	CPAM 35, MSA, RSI
AAH	Allocation adultes handicapés	16 360	CAF 31/12/2013 MSA 31/12/2012	CNAF et MSA
Complément AAH	Complément de ressources	151	31/12/2012	CPAM 35, MSA, RSI
PCH aide humaine	Prestation de compensation du handicap aide humaine à domicile	2 287	30/6/2013	MDPH 35
ACTP moins de 60 ans	Allocation compensatrice tierce personne moins de 60 ans	623		MDPH 35
MTP	Majoration tierce personne	91		CPAM 35, MSA, RSI
Rente AT/MP	Rente accident du travail et maladie professionnelle	15 414	31/12/2012	CPAM 35, MSA, RSI
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé versée par la CAF	3 243	31/12/2013	CNAF et MSA
AVS	Enfants bénéficiaires d'une auxiliaire de vie scolaire	1 837	1/9/2013	MDPH 35

#### La carte d'invalidité (CI)

La carte d'invalidité civile a pour but d'attester que son détenteur est handicapé. Elle est accessible sous conditions et permet de bénéficier de certains droits spécifiques :

- la priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public,
- la priorité dans les files d'attente des lieux publics,
- le droit à certaines réductions tarifaires (notamment dans les transports).



L'AAH est versée à partir de 20 ans (ou 16 ans pour les jeunes séparés du foyer parental pour le bénéfice des prestations familiales) et jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite, c'est-à-dire 55 ans ou jusqu'à la cessation d'activité.

Les bénéficiaires justifient d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80%, ou d'un taux compris entre 50 et 79% associée à une restriction substantielle d'accès à l'emploi.

L'AAH peut être une allocation différentielle calculée en fonction du revenu net imposable de l'année.

#### Nombre d'allocataires AAH

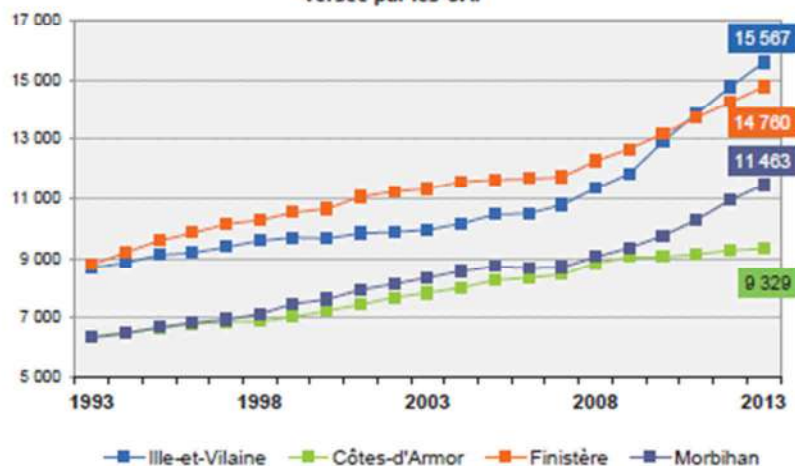
Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France <sup>(1)</sup>
Nombre de bénéficiaires de l'AAH versée par les CAF (au 31 décembre 2013)					
15 567	9 329	14 760	11 463	51 119	988 478
Nombre de bénéficiaires de l'AAH versée par la MSA (au 31 décembre 2012)					
793	1 016	856	946	3 611	33 828
Nombre de bénéficiaires de l'AAH versée par les CAF pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (au 31/12/2013)					
29,4	33,2	32,8	32,0	31,6	29,2

(1) Hors Mayotte

Source : CNAF, fichier FILEAS - BENETRIM / MSA des Portes de Bretagne. Insee, ELP 2013.

Au 31 décembre 2013, la Caisse d'Allocations Familiales d'Ille-et-Vilaine comptait **15 567 bénéficiaires de l'AAH**, soit 29,4 allocataires pour 1000 personnes de 20 à 59 ans. Cette proportion classe le département au niveau de la moyenne nationale et au 62<sup>e</sup> rang des départements métropolitains. C'est aussi le département breton présentant la proportion la plus faible. A titre de comparaison, La Lozère présente la proportion d'allocataires la plus importante avec 64,4 allocataires pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, les Yvelines et la Haute Savoie ont la proportion la plus faible avec 15,9 allocataires pour 1000 personnes.

#### Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH versée par les CAF



Source : CNAF, fichier FILEAS - BENETRIM



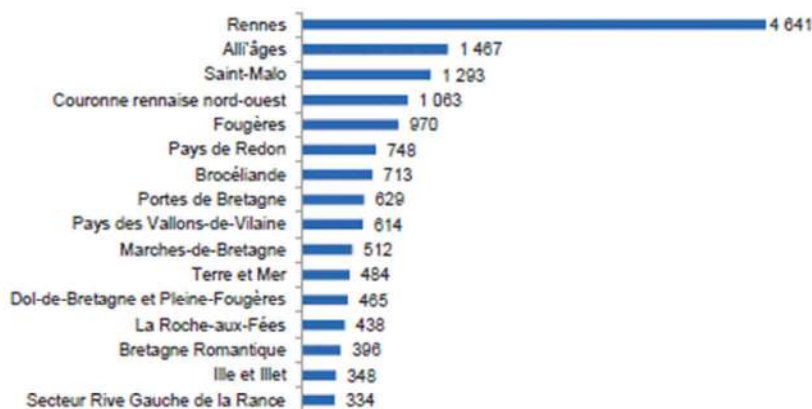
**Répartition des bénéficiaires de l'AAH versée par la CAF d'Ille-et-Vilaine au 31 décembre 2013**

		Taux d'incapacité		Total	%
		50-80%	> 80%		
Hommes	Taux plein	1 367	3 442	4 809	31%
	Alloc. différentielle	1 068	2 166	3 234	21%
Femmes	Taux plein	1 485	2 592	4 077	26%
	Alloc. différentielle	1 288	2 159	3 447	22%
Total		5 208	10 359	15 567	100%

Source : CNAF, fichier FILEAS - BENETRIM

Au 31 décembre 2013, 52% des allocataires AAH rattachés à la Caisse d'Allocations Familiales sont des hommes. 67% des allocataires ont un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% et 57% perçoivent l'allocation à taux plein.

**Nombre d'allocataires AAH par CODEM <sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Données au 31 décembre 2012 pour les allocataires AAH rattachés à la CAF et à la MSA.

Pour les allocataires rattachés à la CAF, seules sont diffusées les données des communes totalisant au moins 100 allocataires toutes prestations confondues. Pour cette raison, le graphique illustre la répartition de 97,2% du nombre total d'allocataires et non 100%. Au 31 décembre 2012, la CAF d'Ille-et-Vilaine recensait 14 755 allocataires AAH.

Sources : CAF, Base Communale Allocataires 2012, mise à jour 28 juin 2013 – MSA des Portes de Bretagne.



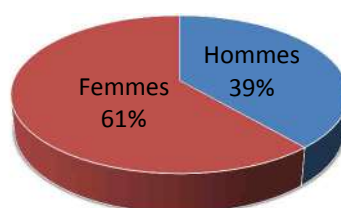
### 3.6.4. Caractéristiques de la population de l'établissement

Le Foyer d'Accueil Médicalisé a un agrément pour accueillir et accompagner 32 adultes en situation de handicap qui sont inaptes au travail et qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence et d'une surveillance et de soins médicaux ou paramédicaux constants. Une orientation de la CDAPH est nécessaire pour y être admis.

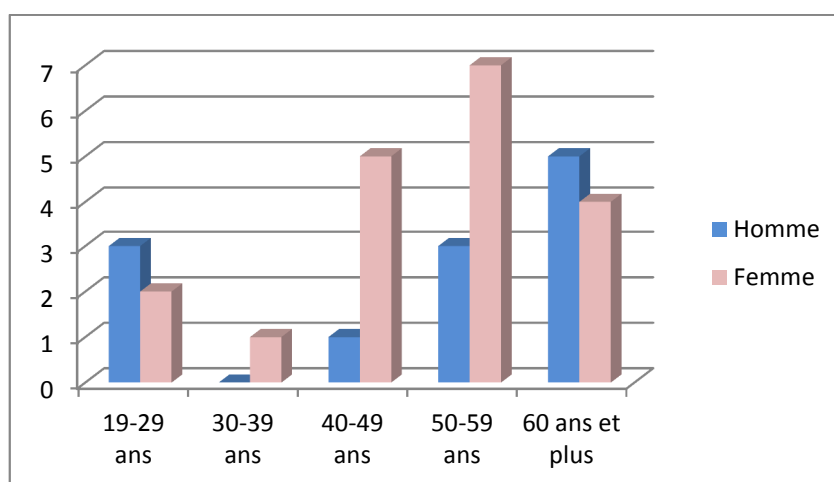
Le service est composé de 4 unités de vie.

Le FAM accueille un total de 32 résidents répartis dans 24 chambres individuelles et 4 chambres doubles. Il est ouvert 365 jours par an ;

La population est mixte avec actuellement 19 femmes (soit 61%) et 12 hommes (soit 39%).

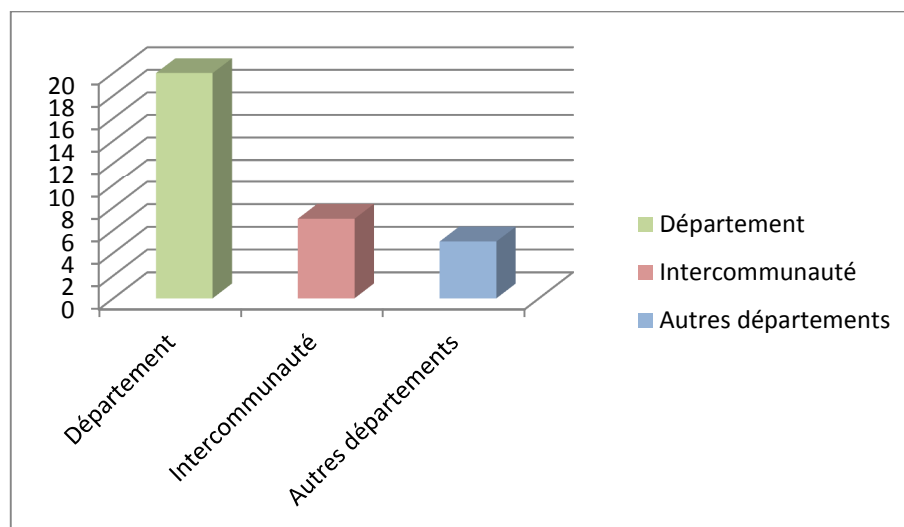


#### Répartition par âge et par sexe :



L'âge moyen est de 51,25. La personne la plus jeune est âgée de 21 ans et la plus âgée a 74 ans. Nous pouvons donc constater un grand écart d'âge des personnes accueillies et un vieillissement des personnes handicapées.

### Origine géographique des résidents :



### Evolutions constatées ces dernières années

L'évolution la plus significative au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé se situe au sein des groupes de résidents âgés de moins de 35 ans. Ils sont en règle générale issus d'IME, de Foyer de Vie avec réorientation ou issus de structures hospitalières. Ils sont souvent plus jeunes que les autres usagers et demandent beaucoup d'attention.

Ils intègrent des groupes d'usagers très ritualisés, plus âgés, plus stabilisés. Les règles de vie institutionnelles qu'elles soient d'ordre organisationnel ou relationnel peuvent être déstabilisantes et faire émerger des troubles du comportement qui n'avaient pas été identifiés jusqu'à présent.

La moyenne d'âge est de 49 ans, la plus jeune a 20 ans et le plus âgé en a 74. Hétérogène au niveau des âges, la population l'est aussi au niveau des pathologies et des capacités respectives de chacun en termes d'autonomie. Il existe une mixité de population au sein du FAM avec l'accueil de personnes polyhandicapées, déficientes intellectuelles, psychotiques et présentant des troubles du spectre autistique.

Il n'existe pas à l'heure actuelle d'unité dédiée.



## LE PROJET DE VIE

### 4.1. BILAN DU PROJET DE VIE

#### 4.1. Au regard des objectifs du projet de vie

Les projets de vie sont mis en œuvre pour chaque résident, dans le respect de ses besoins, attentes et souhaits. Ils ont pour objectif :

- ✓ D'accompagner le résident dans tous les actes essentiels de la vie
- ✓ D'assurer un hébergement de qualité
- ✓ D'assurer le suivi de santé et de soins de qualité
- ✓ D'insérer le résident dans la vie relationnelle et sociale
- ✓ De promouvoir et maintenir l'autonomie, à quelque niveau qu'elle puisse être
- ✓ De vivre dans un climat chaleureux
- ✓ De mettre en œuvre un projet d'accompagnement personnalisé qui permettra de développer les potentialités des résidents
- ✓ De promouvoir le résident comme acteur de son projet, quelles que soient ses capacités
- ✓ D'accompagner les familles et aidants familiaux

### 4.2. LES PREADMISSIONS

Cette étape essentielle pour l'instauration d'une relation de confiance doit être caractérisée par l'écoute, la disponibilité et l'attention de toute l'équipe.

**Le 1er contact** avec la structure s'effectue soit auprès des secrétaires, du chef de service ou de la direction.

Dans la majorité des cas, un RDV est planifié pour une visite de l'établissement. A cette occasion, le dossier de demande d'admission est fourni.

Le dossier du résident, accompagné de la notification MDHP est examiné par une commission d'admission, composée de l'équipe de direction, du chef de service, du psychologue, d'un IDE, du Médecin Conseil du Conseil Départemental. En cas de décision d'admission, un stage d'observation peut-être proposé. Cette période peut être d'une à trois semaines maximum.

Le chef de service prend alors contact avec le résident, la famille et éventuellement la structure sanitaire ou médico-sociale d'amont afin d'envisager les conditions de mise en œuvre du stage. Le résident est ensuite accueilli sur le groupe pressenti lors de la commission d'admission. A l'issue des trois semaines de stage, les professionnels de l'unité réalisent un bilan de stage.

En cas d'admission définitive, un contrat de séjour est signé entre l'établissement et le résident ou le représentant légal. Il définit les objectifs généraux et la nature de l'accompagnement. Le règlement de fonctionnement ainsi que le livret d'accueil (en cours d'élaboration) sont expliqués et remis à la famille.

Dans l'éventualité d'un refus d'admission, l'établissement oriente les personnes vers les services ou structures adaptées pour répondre à leurs besoins et leurs attentes.

La procédure d'admission n'est toutefois pas formalisée et homogène sur le secteur handicap. Elle pourrait être améliorée en mettant en place :

- une réponse systématique à chaque demande
- une préparation des dossiers complets à envoyer aux personnes repérées
- une Commission d'admission qui se réunit systématiquement tous les trimestres avec Chef de Service, Psychologue et Référent santé
- un relevé de conclusions systématique de chaque Commission

### 4.3. UN ACCUEIL ADAPTE, INDIVIDUALISE ET DE QUALITE

L'établissement veille à ce que les conditions soient le plus favorables possibles à l'accueil du résident.

Des entretiens sont réalisés en amont avec la famille, le représentant légal, les structures d'amont telles que l'IME afin de connaître les habitudes de vie, les loisirs...

Un recueil de données est établi à cette occasion.

L'établissement doit donc veiller à limiter l'angoisse que suscite ce moment par un accueil adapté, individualisé et de qualité.

Pour cela, l'établissement met en place les actions suivantes:

#### **Préparation de la chambre avant l'entrée:**

- ✓ Réfection peinture et tapisserie si besoin
- ✓ Nettoyage

#### **Possibilité de personnaliser la chambre.**

La famille peut venir la personnaliser et installer du mobilier et des effets personnels avec l'aide du technicien durant la semaine.



#### **Annonce de l'arrivée du résident.**

L'arrivée sur résident est annoncée dans les bulletins d'informations hebdomadaires ainsi qu'aux résidents de l'unité concernée. La signalétique est changée en conséquence (accueil, porte...).

#### **Accompagnement de la personne dans sa chambre et complément d'information.**

Réalisé par l'équipe de l'unité.

**Nomination d'une professionnel hébergement référent** pour permettre l'individualisation de la prise en soins et compléter les fiches d'habitudes de vie

### 4.4. UN HEBERGEMENT CONVIVIAL

L'établissement a en charge les besoins essentiels du résident : soins, nursing, hôtellerie, restauration, blanchisserie... Ces besoins doivent être comblés dans un environnement confortable, sécurisé, chaleureux, adapté et respectueux des valeurs énoncées précédemment.

Pour cela, l'établissement met en œuvre les prestations ou actions suivantes :

- ✓ **La télévision** : un grand écran est situé au sein de la pièce centrale et la chambre est munie d'une prise d'antenne ou un téléviseur personnel peut être banché.
- ✓ **Le linge** : le linge personnel, le nécessaire de toilette (brosse à dents, verre, produits d'hygiène), les serviettes et gants de toilette sont apportés par le résident. L'ensemble doit être marqué par l'établissement.
- ✓ **L'entretien** est réalisé pour les locaux communs et les chambres par le service maintenance.
- ✓ **Le courrier** est distribué tous les jours de la semaine et il peut partir de la structure quand il est affranchi par leur soin.
- ✓ **Internet** : L'accès à internet n'est pas favorisé (difficulté de connexion, absence d'ordinateur à disposition...)
- ✓ **L'espace Psychomotricité/Snoezelen** est à disposition des professionnels et des résidents pour des temps organisés par la psychomotricienne ou des temps calmes (lecture de contes...).
- ✓ **Une salle d'animation** est utilisée pour la mise en place d'ateliers bricolages/peinture...
- ✓ **Le culte** : une messe est célébrée une fois par semaine et la visite d'un ministre d'un autre culte peut être demandée. Une aumônière est présente dans l'établissement et se

rend régulièrement disponible pour les résidents qui le souhaitent ou pour l'organisation de journées/activités à thèmes. Un oratoire est accessible aux résidents pour des temps de prière.

#### 4.5. UNE RESTAURATION DE QUALITE, SOURCE DE PLAISIR

Une équipe de cuisine réalise sur place les quatre repas par jour servis aux résidents. Les repas sont pris dans la salle à manger des unités.

- ✓ **Le petit déjeuner** est servi en chambre ou dans la salle à manger à partir de 8h00.
- ✓ **Le déjeuner** et le **dîner** sont servis à partir de 12h et de 18h00 dans la salle à manger de l'unité. Ils peuvent être pris exceptionnellement en chambre.
- ✓ **Un goûter** est proposé à 16h00.

##### *Intervention de la diététicienne*

La qualité de la restauration est fondamentale car elle a des implications sur la santé du résident, ainsi que sur son bien être général et son plaisir.

Les repas sont préparés directement sur place selon un choix de menus en corrélation avec les saisons, sous le contrôle d'une diététicienne qui veille à l'équilibre alimentaire et à la qualité des produits utilisés. Il est envisagé de travailler sur l'environnement du repas afin d'apporter une attention particulière au contenu de l'assiette mais également à sa présentation. L'ambiance du lieu du repas (nappe, couleur des assiettes, décor de la table le dimanche et les jours de fête) doit également être prise en compte.

**La mise en place du « manger mains » est un projet** pour répondre aux besoins de certains résidents.

Les menus de la semaine sont affichés au sein des unités.

Les plans de table respectent les choix des résidents dans la mesure du possible.

Un espace de restauration est mis à disposition des familles et des proches qui souhaiteraient partager un temps de repas avec le résident.

Des **repas à thèmes** sont organisés, en lien avec les équipes d'hébergement.

Tous les professionnels de l'hébergement du Foyer d'Accueil Médicalisé partagent les repas avec les résidents. Ce temps de restauration est compté en temps de travail au bénéfice d'un accompagnement convivial et socialisant.

Cette réflexion est plus largement à mener sur l'ensemble du secteur handicap.



Une réflexion doit être menée afin de clarifier les objectifs de ces repas et faciliter une ambiance conviviale et chaleureuse (moins d'allers et venues des professionnels, moins de bruit et de manipulation de vaisselle...).

#### 4.6. LA POSSIBILITE D'AVOIR UNE VIE SOCIALE ET DE PARTICIPER A DES ANIMATIONS

Les résidents ont la possibilité de participer à des activités portées :

- Par l'animatrice
- Par l'éducatrice
- Par les professionnels encadrants
- Par les professionnels des ateliers des talents pour les résidents ayant l'autonomie suffisante.

Un planning des activités est établi pour chaque résident. En outre, des sorties à la journée ou sur plusieurs jours peuvent être organisées.

##### *Séjours en transferts ou sorties à la journée*

Chaque année, des séjours ou des sorties à thème sont organisées en fonction des souhaits des résidents.

Des organismes spécialisés sont parfois sollicités pour l'organisation de séjours en dehors de l'établissement.

#### 4.7. LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISE

Le projet de vie individualisé répond aux attentes, besoins et capacités de la personne accueillie, avec néanmoins comme limite les impératifs du collectif et de l'organisation structurelle.

Le projet individualisé a pour but de conserver les habitudes du résident, de respecter ses désirs et ses particularités. L'ensemble des professionnels de l'établissement est mobilisé autour de cette démarche. Le résident dans cette optique est acteur de son projet. Il doit ainsi être associé à toutes décisions le concernant.

##### *4.7.1. Le recueil et observation des besoins et habitudes*

Le recueil des besoins et des habitudes se réalise lors de la pré-admission, il est complété durant la phase d'accueil et tout au long de l'accompagnement.





#### 4.7.2. L'élaboration et l'évaluation du projet avec le résident et la famille

Le PVI est rédigé par le référent hébergement à l'issue d'une réunion de synthèse qui se tient une fois par an. Cette réunion rassemble les professionnels intervenants auprès du résident, le chef de service, les professionnels de l'hébergement, les IDE, la psychologue, la psychomotricienne, l'ergothérapeute, l'éducateur spécialisé. Elle est animée par le chef de service, l'éducateur spécialisé et le référent hébergement, ce dernier ayant rédigé en amont une présentation synthétique de la situation du résident et recueillie les attentes et observations de ce dernier.

La famille et/ou le résident sont invités à participer à la fin de la réunion de synthèse. Les échanges et observations peuvent entraîner des réajustements des objectifs initialement proposés par les professionnels.

Un groupe de travail « PVI » a été constitué au sein de l'établissement afin de clarifier les rôles et missions des référents, la procédure d'élaboration des PVI et de réfléchir à une trame de PVI commune.

Des actualisations très régulières du PVI sont assurées par le biais d'un fichier excel partagé.

#### 4.7.3. Coordination et travail pluridisciplinaire autour du résident

Pour une prise en charge globale, le travail pluridisciplinaire est nécessaire lors de :

- ✓ L'accueil
- ✓ L'élaboration du PVI
- ✓ Le repas/alimentation
- ✓ La surveillance médicale et paramédicale
- ✓ L'animation ciblée et les activités
- ✓ L'accompagnement éducatif
- ✓ L'entretien des locaux/hygiène/sécurité
- ✓ Le suivi administratif

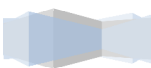
La coordination et le travail pluridisciplinaire sont donc indispensables « Tout le temps, sur tous les champs et dans tous les domaines (collecte d'informations...) ».

Pour faciliter ce partage dans l'établissement, des temps de réunion et transmissions ont été institués. Le logiciel Medic'or est actuellement le logiciel de soins utilisés notamment pour les transmissions. Une étude est en cours pour changer de logiciel et faciliter l'interdisciplinarité du travail. Un travail de sensibilisation sera à effectuer auprès des équipes afin de favoriser l'utilisation de l'outil.



#### 4.7.4. Le départ provisoire ou définitif du résident

- ✓ Pour tous les déplacements extérieurs (visite, hospitalisation), il existe une fiche de liaison sous enveloppe avec des informations médicales afin de permettre la transmissions sécurisées des informations utiles à la continuité des soins.
- ✓ En cas d'orientation dans une autre structure : les dernières transmissions sont communiquées. Des temps d'échange sont programmés entre équipes afin de faciliter la continuité de l'accompagnement.
- ✓ En cas de décès, il existe un protocole spécifique disponible dans les classeurs qualité, précisant la conduite à tenir.
- ✓ La fugue : une procédure associative en cours d'élaboration précise la conduite à tenir.



## 4.8. UNE CULTURE DE BIENTRAITANCE ET UNE PREVENTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE

### 4.8.1. Une culture de bientraitance

Dans la continuité des actions engagées depuis les années 2000, le ministre chargé des affaires sociales a défini en mars 2007 un plan de développement de la bientraitance et le renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ce plan a notamment été complété par les recommandations de l'ANESM.

La prévention de la maltraitance passe notamment par la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles, la généralisation des démarches d'évaluation et de gestion des risques de maltraitance et le développement de la formation des professionnels à la bientraitance.

### 4.8.2. Une prévention des risques de maltraitance

Ce qui est fait en matière de prévention de maltraitance :

- Formation bientraitance pour le personnel
- Charte bientraitance donnée et signée à chaque embauche en CDI et CDD long (créée et distribuée à l'ensemble des salariés en 2016)
- Travail au niveau de la prise en charge du résident tout au long de son parcours
- Intervention de l'HAD et de l'équipe mobile de soins palliatifs
- Respect des souhaits des résidents
- Attitude professionnelle et calme
- Fiches d'évènements indésirables
- Mise en place de CREX
- Audit bientraitance en 2015



#### *4.8.3. La situation de l'établissement*

En outre, des CREX (Comités de Retours d'Expérience) sont organisés en interne dès lors qu'une difficulté est identifiée dans l'établissement (exemple : situation d'agressivité ou de violence de la part d'un résident).

Des formations sur la gestion des situations d'agressivité et de violence sont à l'année. Ces formations, incluent des temps d'analyse de pratiques, permettant ainsi de prévenir les situations de maltraitance.



## EVOLUTIONS AU FAM

Depuis 2015, le FAM a connu un certain nombre d'évolutions, que ce soit en termes de formations, de composition de l'équipe, d'activité et de modalités d'accompagnement des résidents.

**Formations :** un effort important de formation a été réalisé depuis 2015 :

- Formation de l'intégralité de l'équipe sur l'autisme « autisme et les stratégies d'accompagnement » en intra, par le biais d'EDI formation, organisme recommandé par le CRA Ile de France.
- Formation aux « stratégies et moyens pour une communication concrète » (une vingtaine de professionnels formés)
- Formation aux « particularités sensorielles et perceptives dans l'autisme » (une vingtaine de professionnels formés)
- Participation à des colloques et journées à thème (forum sur l'autisme, projection de films...).
- Supervision par un intervenant extérieur en 2016, à 2 reprises (EDI formation)
- Formation qualifiante Snoezelen
- Formation contes...

Des formations sur le polyhandicap sont programmées pour 2017.

**Recrutement de nouveaux professionnels :** parallèlement, l'arrivée de nouveaux professionnels a contribué à apporter de nouveaux éclairages sur les prises en charge : recrutement d'un psychomotricien, d'un temps psychologue supplémentaire, d'une ergothérapeute et d'un éducateur spécialisé.

**Mise en place d'une évaluation sensorielle et en communication :**

Les particularités sensorielles sont spécifiques pour chaque personne avec TSA et peuvent être différentes selon les contextes et les moments de la journée. Une évaluation fonctionnelle est nécessaire afin de déterminer le meilleur environnement sensoriel à proposer.

Suite aux formations, les professionnels du secteur handicap ont ainsi réalisé des tests sensoriels et de communication perceptive et réceptive auprès de certains résidents.

Une attention particulière est portée par l'équipe concernant :

- ✓ Les salles d'activités (mise en place d'une salle d'activité à dimension contenante à l'entrée de Bretonnière, création d'un espace d'apprentissage, projet de création de « lieux d'activité identifiés » au sein de la grande salle d'activité, à l'instar de l'organisation des salles maternelles : « un espace » « une activité »).
- ✓ Les temps et lieux des repas : disposition des tables et composition des groupes...
- ✓ Les supports de communication : les évaluations « communication » ont été initiées auprès de quelques résidents et devront être généralisées. De même, les supports de

communication appropriés doivent être généralisés (mise en place de pictogrammes ou de photos, planning d'activité...).

- ✓ Les supports d'apprentissage : des objectifs d'apprentissage ont été identifiés pour certains résidents. Des « séances d'apprentissage » sont organisées depuis juillet 2016 de manière hebdomadaire pour 4 résidents en lien avec un professionnel hébergement, l'ergothérapeute ou la psychologue. Ces dernières doivent établir des comptes rendus réguliers afin d'évaluer la mise en place des objectifs.



## LIMITES DE L'ORGANISATION ACTUELLE

L'organisation et la composition actuelle des unités ne facilitent par la mise en place des outils à destination des personnes autistes.

Les unités sont hétérogènes en termes de population.

En outre, les rythmes de vie des résidents polyhandicapés vieillissants doivent être davantage respectés. Une composition plus homogène des unités en termes d'âge et de handicap faciliteraient ainsi la mise en œuvre de ces objectifs.

## PROJECTIONS

### ✓ *Création de nouvelles unités*

Par conséquent, il a été envisagé en juillet 2016 de modifier la composition des unités ainsi que le planning des salariés. A l'occasion d'une réunion de service, il a été acté la création d'une unité dédiée aux résidents pour lesquels un accompagnement éducatif renforcé sera proposé (majorité de résidents avec troubles du spectre autistique). Pour la constitution de cette unité, il est envisagé des « mouvements de résidents ». De même, il a été demandé aux professionnels de faire connaître leurs souhaits : intégration de l'unité dédiée ou non.

Les professionnels ont fait le choix d'intégrer la nouvelle unité dédiée ou de rester sur les unités existantes. La mise en place de ce projet est prévue pour janvier 2017.

### ✓ *Poste d'Aide soignant référent*

Parallèlement, la réorganisation envisagée permet de créer un poste d'Aide Soignant référent sur l'ensemble du FAM, présent du lundi au vendredi. Cette idée fait suite au constat de l'insuffisante coordination soignante au sein des unités, ainsi qu'avec les IDE, du fait notamment des roulements de planning.

Il est prévu la création de ce poste au 1<sup>er</sup> janvier 2017.



### ✓ Accompagnement des personnes présentant un spectre du trouble autistique

L'objectif de cette nouvelle organisation est de renforcer les 1ères démarches initiées par les équipes notamment s'agissant :

- ✓ des outils d'évaluation et des modalités de rédaction du projet d'accompagnement individualisé
- ✓ des techniques relatives au renforcement positif (pairing en particulier) ;
- ✓ de la structuration spatio-temporelle de l'environnement ;
- ✓ des stratégies d'apprentissage : décomposition en sous-tâches, guidances /estompage des guidances, façonnement, généralisation et maintien des compétences ;
- ✓ des outils de communication alternative ;
- ✓ des procédures d'évaluation fonctionnelles et gestion des comportements problématiques.

A terme, il est envisagé de mettre en place un système de supervision conformément à l'instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015, afin « d'accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des contenus abordés en formation théorique ». La supervision sera « à différencier de l'analyse des pratiques.

### ✓ Accompagnement des personnes polyhandicapées vieillissantes

A l'instar de ce qui est préconisé au sein des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, les enjeux à venir vont être « d'adapter les interventions, anticiper et diversifier les réponses, pour permettre à ces personnes de bénéficier d'un accompagnement de qualité...(s'agissant) de :

- L'anticipation des risques liés au vieillissement de la personne handicapée
- Le repérage des signes et des effets du vieillissement
- Les réponses graduées aux besoins de la personne
- La prise en compte des personnes handicapées vieillissantes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité ».

Les risques liés à la santé des personnes handicapées vieillissantes devront être davantage identifiées et faire l'objet de prévention par le biais de formations, sensibilisations par des intervenants et partenaires locaux (ex : hygiène bucco-dentaire, épilepsie, troubles de la déglutition...).

Le choix des bonnes aides techniques et appareillages est également primordial. A ce titre, la création du poste d'ergothérapeute constitue un axe prioritaire dans la composition de l'équipe.

Une réflexion devra être menée sur l'organisation des temps de repas et de toilette, qui doivent être des moments privilégiés pour les résidents. Les procédures de *stimulation par le biais de sollicitations sensorielles et motrices*, généralement considérées comme particulièrement adaptées à la population de personnes polyhandicapées, devront être généralisées.



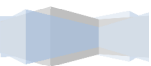


S'agissant de l'accompagnement des professionnels, des temps d'échange doivent être maintenus, parfois avec des partenaires externes (EMASP, HAD) lors de situations de fin de vie.

- ✓ *Travailler sur « la prestation restauration »*
- ✓ *Poursuivre la réflexion sur la qualité de vie et de bien être au Fam*  
Un groupe de travail a été constitué sur le thème de la qualité de vie et de bien être au FAM, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques. Les travaux de ce groupe devront être poursuivis afin d'analyser les pratiques et favoriser ainsi un accompagnement de qualité.
- ✓ *Etablir un projet d'animation* qui permette une vision à plus ou moins long terme, cohérente sur l'établissement. Le projet d'animation devra en outre intégrer les modalités d'implication des équipes hébergement à l'animation.  
Le projet d'animation devra être adapté et au plus proche des besoins des résidents. Les activités proposées sont évaluées et doivent être adaptées aux différents publics (axes à travailler : bien être, snoezelen, goût et sensoriel...)
- ✓ *Poursuivre la démarche « bientraitance »*, par la biais notamment de formations, à l'instar de ce qui est prévu dans le cadre de la démarche qualité.
- ✓ *Poursuivre les travaux engagés au FAM* par la création d'espaces de travail, d'espaces dédiés pour les résidents, par la suppression des chambres doubles...
- ✓ *Poursuivre les réflexions quant aux modalités de mise en œuvre du PVI*



## LE PROJET DE SOINS



## LE PROJET DE SOINS

Le projet de soins est un document, élaboré en équipe, auquel adhèrent tous les acteurs du soin de l'établissement. Il définit les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie de chaque résident. Il rejoint et complète le projet de vie. Il est réévalué régulièrement et modifié en conséquence.

La personne est prise en charge dans sa globalité. Elle doit bénéficier d'un soin de qualité au sein même de son lieu de vie dans le respect de la dignité, de la confidentialité, de l'individualité. La démarche de soins est ainsi personnalisée et elle fait l'objet d'une information au résident et à sa famille.



Le projet de soin doit prendre en compte :

- ✓ Les besoins relatifs à l'état de santé
- ✓ Les besoins relatifs à l'état de dépendance (physique, mentale, sociale)
- ✓ Le potentiel que peut apporter l'ensemble des services de l'établissement

### 5.1. LA PREVENTION ET GESTION DES RISQUES

#### CHUTES

Le risque de chute augmente avec l'âge ainsi que les complications potentiellement graves : plaies, fractures, peur de remarcher avec risque de grabatisation, décès. Chaque chute est signalée et renseignée via le logiciel Medic'or (fiche de chutes).

Constat : l'information des chutes n'est pas transmise ou mal renseignée en temps réel au médecin coordonnateur pour analyse. Une réflexion doit être menée pour permettre cette information et une analyse hebdomadaire des chutes.

A ce jour, sur l'EHPAD, il n'y a pas de temps effectif ergothérapeute.

#### Objectifs

Une procédure chute doit être élaborée afin de repreciser les modalités de saisie de la fiche chute informatisée. (Toute chute doit être déclarée et analysée).

Après analyse, une action corrective doit être mise en place et formalisée.

Des démarches pour la prévention des chutes devront être également formalisées (bilan kinésithérapie, ergothérapeute, réorganisation de l'installation de la chambre et du mobilier, optimiser la nutrition, accessibilité, parcours santé...). Le projet architectural peut être moteur d'un projet de pôle locomoteur.

Le Médecin coordonnateur propose d'être présent et actif aux réunions de transmissions pluridisciplinaires hebdomadaires (temps à programmer chaque semaine).

Un rapport annuel statistique doit être réalisé.

## PREVENTION DES ESCARRES

Il est constaté un faible taux d'escarre au sein de l'établissement (1/102 en 2016).

L'évaluation du stade d'escarre est réalisée par l'IDE en lien avec les équipes hébergement qui mettent en place le matériel et les soins adaptés.

Le dépistage, la prévention et le traitement des escarres font aujourd'hui l'objet de nombreuses recommandations professionnelles déployées par les équipes soignantes.

Des actions de prévention personnalisées et adaptées sont définies à ce jour et mises en place tels que le matériel (l'Etablissement dispose de système de matelas à mémoire de forme puis suivant l'évolution de matelas avec système air), la nutrition (Mise en place d'enrichissement de l'alimentation si personne à risque ou altération de l'état cutané), changements de positionnements (tracés par le plan de soins informatisé )

En cas d'absence d'évolution favorable de la plaie, une photo est prise et communiquée aux médecins spécialistes et infirmiers spécialistes du CHU.

### Objectifs

#### Du côté du préventif :

- ✓ mettre en place un outil non utilisé actuellement l'Echelle de Braden identifiant les personnes à risques (formalisé et tracé l'utilisation de l'outil).
- ✓ Permettre une sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques (verticalité, effleurages...) soit de par la formation dans le cadre du plan de formation soit en mettant en place des réunions à thèmes menées par le Médecin Coordonnateur en collaboration avec l'infirmière Coordinatrice permettant une réactualisation régulière des pratiques.

#### Du côté du curatif :

- ✓ Afin de mieux évaluer encore l'évolution vers la cicatrisation, des photographies pourraient être prises au début et de manière hebdomadaire, avec mesures de l'escarre.
- ✓ Une procédure formalisera la conduite à tenir et l'indication des personnes ressources au sein de l'établissement ( IDE référente plaies et cicatrisation ) et à l'extérieur.

La loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé indique : art L. 1110-5 : « ... Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à leur décès. »  
Selon l'HAS, plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente.

A ce jour les équipes évaluent la douleur avec les outils suivants :

- ✓ l'échelle Algoplus est actuellement la seule échelle utilisée auprès de nos résidents. La douleur est évaluée sur demande de l'IDE dès qu'un changement de comportement est observé ; cette échelle est également utilisée à différents moments de PEC pour évaluer l'efficacité du traitement antalgique instauré facilitant ainsi son réajustement.
- ✓ Des prises en charge médicamenteuses sont mises en place en lien avec les médecins traitants (traitements de fond, traitements en si besoin ou avant chaque acte douloureux).

L'Etablissement dispose de structures ressources tels que l'EMAPS (équipe mobile de soins palliatifs) ainsi que l'HAD.

### Objectifs

Paramétrer l'échelle Algoplus sur le logiciel Médical Medic'or car seul le support papier est utilisé.

Sensibiliser davantage les professionnels d'hébergement à l'identification et l'évaluation de la douleur. (De part des réunions à thèmes et /ou formations).

Afin d'améliorer l'efficacité de la PEC de la douleur, un bilan douleur systématique pourrait être réalisé à l'admission du résident.

Face à la population accueillie au sein de la structure, rechercher des formations adaptées à la prise en charge de la douleur des personnes communicantes et non communicantes.

Rechercher des prises en charge non médicamenteuses telle que l'hypnose....

## LA FIN DE VIE

Les résidents doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée et digne jusqu'à leur fin de vie. L'accompagnement de fin de vie implique une approche globale respectueuse de la volonté de la personne.

Un groupe de travail a été constitué en avril 2016 afin de :

- Etablir une procédure en cas de décès
- Réaliser un questionnaire obsèques/décès
- Aménager la chambre mortuaire (dimension humaine, respect de l'intimité de la famille et des proches).
- Former les personnels d'hébergements et IDE à l'accompagnement de fin de vie et prise en charge de la douleur mené par l'équipe EMAPS.

Les valeurs d'humanisme, de bienveillance et de respect sont au cœur de tout accompagnement en fin de vie.

Ainsi, l'établissement sollicite l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Fougères - Vitré qui intervient en partenariat avec l'équipe de l'établissement et les médecins traitants en :

- ✓ Prodiguant des conseils sur des prises en charges thérapeutiques.
- ✓ Organisant des visites de soutien aux résidents et aux familles.
- ✓ Participant au soutien des équipes soignantes.

Le partenariat avec l'HAD permet par ailleurs de disposer de moyens hospitaliers (matériels et thérapeutiques) qui ont diminué le nombre d'hospitalisations des résidents en fin de vie.

Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Son objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle du résident et de son entourage.

L'Établissement affirme sa volonté d'accompagner la vie jusqu'à la mort. L'ensemble des professionnels sont impliqués dans cette démarche.

## Objectifs

Prendre connaissance des volontés de la personne accueillie (souhaits de fin de vie, personne de confiance, directives anticipées).

Un travail au niveau associatif doit être mis en place à ce sujet.

Mais aussi tracer les refus d'expression des souhaits de fin de vie du résident ou à défaut de ses proches.

Développer le dialogue avec les proches.

Continuer le plan formations « fin de vie » débuté en 2016 pour étendre cette formation à l'ensemble des professionnels.

Proposer à la famille l'accompagnement du deuil (service aumônerie, psychologue...)

Formaliser pour les résidents des temps d'écoute et d'échange avec la psychologue.

Formaliser des temps d'analyse de pratiques pour les professionnels.

Continuer le projet d'amélioration de l'espace funéraire (salon des familles, salon de présentation du défunt ...) projet 2017.

## LA CONTENTION

Définition (rapport ANAES) : « la contention physique dite passive se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements, qui empêche ou limite les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »

Il existe une très grande diversité de moyens et de techniques de contention physique :

- Gilet et ceinture de maintien
- Attaches de poignets et chevilles
- Sièges gériatriques avec adaptables fixés
- Barrières de lit
- Sécuridraps ....

Au sein de l'Établissement, nous préservons la liberté d'aller et venir et limitons au maximum toute forme de contention. Toute contention fait l'objet d'une concertation en équipe, d'une recherche d'alternatives (lit Alzheimer, matelas au sol, lit au plus bas, demi-barrière...). Toute contention fait l'objet d'une prescription médicale soumise à révision quotidienne par le personnel soignant.

La réévaluation actuelle de la contention par prescription médicale est réalisée au moment du renouvellement d'ordonnance (entre 28 jours à 84 jours) par le médecin traitant.

L' HAS recommande : « une réévaluation toutes les 24 heures est nécessaire et une prescription médicale doit la confirmer ».

### Objectifs

Afin de limiter la mise sous contention, une information par le médecin Coordonnateur sur les risques, limites, alternatives et la législation sera faite au personnel soignant.

Mettre en place une surveillance quotidienne des contentions par le personnel soignant et une prescription médicale au moins mensuelle (prescription écrite).

Il convient également de s'assurer de l'intégration de l'évaluation de la contention dans les plans de soins informatisés.

Tendre vers « zéro contention ».

## L'HYGIENE BUCCO DENTAIRE

Est un réel enjeu de santé publique.

Une mauvaise santé bucco-dentaire a des retentissements importants sur la qualité de la vie au quotidien : perte de goût, dénutrition, douleurs, baisse de l'estime de soi, repli social. En France, 85% des personnes âgées en EHPAD ont été identifiées comme ayant besoin d'une consultation dentaire. 40% ont une dent cariée. 80 % d'entre eux n'ont pas eu de consultations dentaires dans les 5 ans.

Quant aux personnes en situation de handicap, elles souffrent tout particulièrement de pathologies infectieuses, carieuses et /ou parodontales : 37 % souffrent de caries sur dent permanente.

### Objectifs

Améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco dentaire des résidents.  
(Faire venir le cabinet au sein de la structure).

Faire un bilan bucco dentaire systématique à l'entrée du résident soit par le dentiste habituel ou selon le souhait du résident par le dentiste référent établissement.

Compléter ou faire acquérir au personnel d'hébergement des connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire (Formation des professionnels en interne avec un intervenant chirurgien dentiste).

Permettre le nettoyage adéquat des prothèses dentaires : pistes de réflexion (intervention société CONCEPTYS ou investissement dans un appareil permettant l'entretien de ces prothèses).

## LA DENUTRITION

La dénutrition est le principal facteur de co-morbidité. La dénutrition peut entraîner une perte d'autonomie, accélère la perte de la masse musculaire ce qui favorise les chutes et le risque de fractures.

Les actions entreprises au sein de l'établissement sont :

- ✓ Surveillance mensuelle du poids, mesure de la taille et calcul de l'IMC.
- ✓ Réalisation d'une pré-albuminémie, d'une CRP (élimination d'une cause inflammatoire) à l'entrée des résidents en l'EHPAD et au cours du séjour si nécessaire.
- ✓ Intervention d'une diététicienne.
- ✓ Recueil des goûts des résidents dès leur entrée.
- ✓ Travail en collaboration avec les équipes cuisine.
- ✓ Réalisation d'un plan alimentaire par la diététicienne.
- ✓ Le jeûne nocturne est supérieur à 12 h mais une collation peut être proposée la nuit.

### Objectifs

Réaliser des bilans de déglutition avec une orthophoniste pour diminuer les repas mixés et semi-mixés

Améliorer la présentation des mixés et travailler sur le « manger-main »

Incorporer des produits laitiers dans la plupart des plats pour un apport supplémentaire en protéines

Introduire un régime riche en fibres naturelles pour diminuer l'emploi des laxatifs et leur mauvaise tolérance.

Sur la mise en place de repas thérapeutiques (qui, comment, à quel rythme ?)

## LA DESHYDRATATION

La déshydratation est une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées et constitue un des dix diagnostics les plus fréquents d'hospitalisation.

La déshydratation est aussi associée à différentes morbidités, telle une cognition altérée ou une confusion aiguë, chutes, constipation.

Les actions entreprises au sein de l'établissement sont :

- ✓ Offrir des boissons régulièrement tout au long de la journée.
- ✓ Rendre les boissons faciles d'accès (au chevet, sur l'adaptable, accès aux fontaines à eau, sur les tables en salle à manger...)
- ✓ Renforcer les apports en cas de forte chaleur.
- ✓ Encourager la consommation des boissons avec les médicaments.
- ✓ Privilégier les boissons préférées.
- ✓ Une liste de personnes à risque de déshydratation a été réalisée, elle définit les personnes qui boivent peu malgré les sollicitations, ainsi que les risques liés aux traitements entre autre diurétiques et psychotropes.
- ✓ Une vigilance et surveillance est réalisée en cas de symptômes aigus telles que diarrhées, vomissements, sueurs importantes, fièvres....
- ✓ Prescription protocole d'action type perfusion sous cutanée, rédigée par le médecin traitant en cas de risque accru.



## Objectifs

S'inscrire dans la continuité du schéma de prévention mis en place.  
Former le personnel à savoir reconnaître précocement les premiers symptômes de la déshydratation de part des réunions à thèmes.

## L INSOMNIE

Le sommeil ne diminue pas avec l'âge mais il se distribue autrement sur le nyctémère.

Les réactions d'éveil augmentent avec l'âge.

L'insomnie n'est pas une conséquence inévitable du vieillissement mais elle est plus liée à des facteurs environnementaux et médicamenteux qui peuvent être contrôlés.

L'insomnie se traite par une action sur les facteurs prédisposant et précipitants et non par des traitements systématiques.

Les actions entreprises au sein de l'établissement :

- Mise en place de fiches de surveillance du sommeil au besoin ainsi que pour toute évaluation de traitement par hypnotique.
- Lecture et analyse des fiches de sommeil réalisées par l'équipe IDE + médecins traitants.
- Réadaptation thérapeutique si nécessaire sur prescription médicale.
- Jeûne nocturne supérieur à 12h => proposition systématique (si veille suit le réveil nocturne du résident) d'une boisson et collation.
- Respect du sommeil effectué par les veilleuses (changes pour l'incontinence adaptés.....)

## Objectifs

Mettre en place un système de dépistage de l'insomnie (histoire du trouble, habitudes d'endormissement, conséquence sur la vigilance diurne, depuis quand ?, recherche facteur psychologique, environnemental, médicamenteux, pathologique (apnée du sommeil, impatience membres inférieurs)

Savoir reconnaître l'insomnie aigue de l'insomnie chronique.

Former et mettre à disposition du personnel des méthodes non médicamenteuses (Activité physique dans la journée, améliorer l'environnement de la nuit, diminuer le bruit, la lumière, la température, le respect des horaires de chacun, formation sur l'hypnose).



## LES DEFICITS SENSORIELS

### 1) La vue

Le vieillissement normal de l'œil peut entraîner un handicap dont la négligence implique une rapide dégradation de la vie du résident et un retentissement psychosomatique (repli sur soi, troubles du comportement, chutes, grabatisation, dépression...). Ceci implique des mesures préventives et curatives :

#### Objectifs

Examen OPH annuel, dépistage, à l'intérieur de l'établissement, de l'installation d'une cécité...(bilan chute, changement des habitudes de vie, troubles de la lecture, écrans; repli sur soi... )  
Rééducation orthoptique si besoin avec intervention sur site d'un spécialiste extérieur.

### L'audition

Le vieillissement biologique de l'oreille entraîne une baisse de l'acuité auditive et surtout une très forte diminution de la perception des sons aigus.  
L'intégration cognitive fait appel à l'audition, et la perte de l'audition peut altérer le raisonnement.

#### Objectifs

Le dépistage passe par l'observation du comportement (Augmentation du volume sonore de la TV ou de la radio, téléphone avec haut-parleur, difficulté à entendre dans un groupe).  
Bilan ORL à réaliser 1 fois par an avec audiométrie.  
Pour les personnes équipées d'appareillage, programmer un nettoyage au minimum 2 fois par an (recherche de spécialiste intervenant au sein de la structure).

### 2) Le goût- l'odorat

La sensibilité gustative diminue au cours du vieillissement avec un seuil de détection augmenté pour les substances salées ou amères et donc diminué pour les substances sucrées.  
La capacité olfactive diminue également avec l'âge ce qui entraîne une difficulté à différencier les odeurs.  
Ces deux déficits ont pour conséquence une baisse de l'appétence et un risque de dénutrition à plus ou moins long terme.

#### Objectifs

Dépistage (ateliers gustatifs et olfactifs ; adaptation et changement des habitudes alimentaires).  
Recherche de l'étiologie (effet iatrogène, recherche d'une atteinte de la muqueuse buccale, recherche de pathologies).

## VIEILLISSEMENT DE LA PERSONNE HANDICAPEE

Une personne âgée est reconnue autonome quand elle peut accomplir physiquement et psychologiquement les actes habituels de la vie avec bien sur les limites dues à son âge ; elle est considérée comme handicapée quand la maladie l'en empêche.

Chez la personne handicapée, le handicap s'aggrave avec l'âge surtout avec l'augmentation des déficiences motrices, sensorielles, mentales.

L'avancée en âge des personnes handicapées peut rendre nécessaire des changements de lieu de vie, d'activité, d'accompagnement, de soin...Elle les expose à des risques de rupture familiales, amoureuses, amicales, sociales...Il est donc indispensable de préparer les évolutions et les transitions nécessaires en tenant compte du fait que certaines pathologies précipitent le vieillissement et ses effets.

L'institution doit prendre en compte cette aggravation et adapter la stimulation que l'on peut proposer au résident, adapter l'environnement matériel pour éviter les risques de chutes ou de blessures, adapter la prise en charge psychologique pour réduire la souffrance morale engendrée par la prise de conscience de la diminution de l'autonomie/liberté/dépendance.... Le vieillissement des personnes en situation de handicap intervient plus précocement que le reste de la population.

### Objectifs

Anticiper l'avancée en âge des personnes en situation de handicap afin d'éviter au maximum des ruptures dans leur parcours de vie et/ou des réorientations brutales en prenant en considération leurs aspirations dans tous les aspects de leur vie.

Garantir le plus large choix possible.

Permettre une approche progressive d'entrée en EHPAD en développant l'accueil en temporaire ou une journée d'intégration des personnes provenant du domicile.

## VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

Les personnes en situation de handicap revendiquent l'accès à une vie affective et sexuelle comme facteur indispensable d'épanouissement et d'équilibre.

Cette revendication peut parfois se heurter à des résistances, voire des tabous dans les institutions ou familles où elle a souvent été mise de côté.

Pour les personnes âgées, l'idée que la fonction sexuelle s'arrête à la ménopause (fin de la possibilité de reproduction) et qu'elle diminue fortement chez l'homme âgé est désormais démentie. De nombreuses enquêtes et témoignages démontrent l'inverse.

Il n'existe pas de droit opposable à la sexualité, mais en revanche, les textes de droit fondamentaux sont particulièrement offensifs dans leur affirmation des droits de l'homme.

La loi qui garantit à tout individu le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité réclame une attention constante au sein des institutions, autour de ces prérequis de base autorisant l'accès à une vie affective et sexuelle.

Les institutions doivent donc inscrire, dans leur démarche d'accompagnement, le droit à la vie affective et sexuelle des personnes accueillies.

Une question se pose cependant :

- Entre devoir de protection et mission d'accompagnement, comment garantir la sécurité de la personne sans ingérence dans sa vie privée et sans limitation de ses droits ?

Au-delà du contexte institutionnel, la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap constitue une dimension essentielle de la santé physique et mentale qu'il convient de penser.

Cette prise en compte nécessite l'engagement de l'ensemble des acteurs (résidents, professionnels, entourage et familles) afin de contribuer à faire changer le regard et les représentations, de développer, soutenir et accompagner les réflexions et actions favorisant l'épanouissement et le respect de la vie intime, affective et sexuelle des personnes âgées et/ou en situation de handicap. Cet engagement doit se faire de façon volontaire et soutenu par une formation spécifique

La création d'un groupe de travail avec des professionnels extérieurs, tel que le Centre de Planification, et la mise en place d'un programme d'éducation à la vie affective et sexuelle sont en cours de mise en oeuvre au Foyer de Vie avec une unité d'hébergement.

### Objectifs

Respecter l'intimité de la personne accueillie.

Elaborer un projet pédagogique : proposer un panorama de moyens et de pistes favorisant le bien-être et l'épanouissement affectif, relationnel et sexuel des personnes accueillies.

Veiller au suivi médical gynécologique annuel.

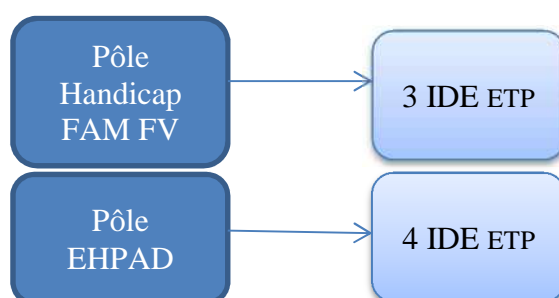


## 5.2. L'ACCES AUX SOINS, CONTINUITE DES SOINS ET URGENCE MEDICALE

Pour chaque résident, les soins ont pour finalité la meilleure qualité de vie possible. Ils s'inscrivent dans une continuité pour un accompagnement des résidents à toutes les étapes de leur vie.

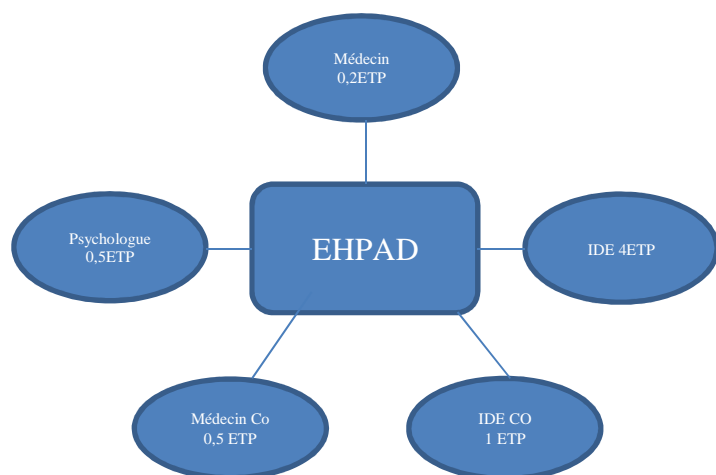
### Nos moyens humains :

La complexité du site en 3 structures administratives : FAM, FV et EHPAD, nous a amenés à repenser l'organisation du pôle infirmier qui existait depuis 2003. Depuis octobre 2016, 2 pôles de soins existent, ils se composent :

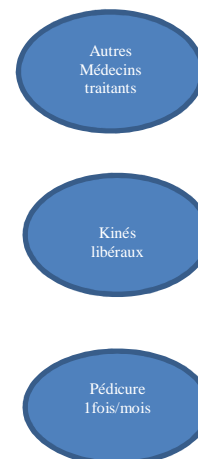


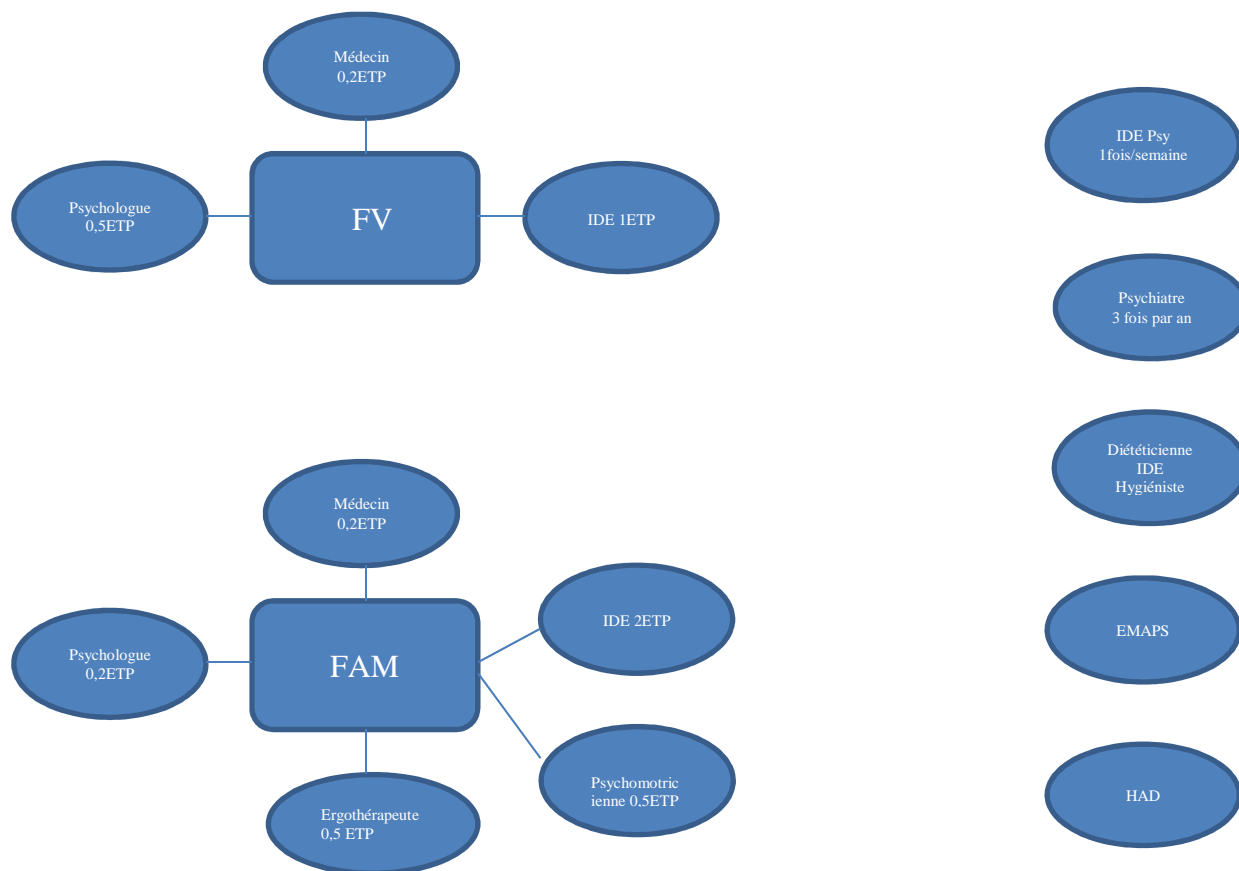
Les soins sont assurés 7 jours/7 par les infirmiers de 6h45 à 21h15 du lundi au vendredi et de 6h45 à 20h30 le week-end. Ils sont en lien avec les équipes d'hébergement et l'ensemble des intervenants auprès du résident. Passé 21h en semaine ou 20h30 le week-end, les professionnels d'hébergement contactent le 15 en cas d'urgences.

Voici l'ensemble des intervenants médicaux et paramédicaux qui composent l'équipe pluridisciplinaire.



### Intervenants extérieurs Pour l'ensemble de l'établissement





C'est par un travail de collaboration étroite entre ces différents professionnels (salariés des 3 établissements et intervenants extérieurs) que peut se mettre en place une organisation des soins efficiente.

Afin d'optimiser la continuité des soins, chaque IDE EHPAD est référente de l'ensemble d'une unité, un membre du personnel d'hébergement est « référent hébergement » de résidents.

### Nos outils :

**Transmissions :** les transmissions écrites sont réalisées sur le logiciel « Médic'Or », les transmissions orales sont effectuées à chaque changement d'équipe :

- 6h45 : équipe de nuit- équipe de jour
- Entre équipe jour matin – après-midi
- 21h : équipe de nuit – équipe de jour

### Rencontres pluri-professionnelles :

- Les PVI (Projets de Vie Individualisés )
- les temps de transmissions
- les réunions d'équipe



Objectifs

Développer des conventions avec des structures ressources  
Développer une organisation efficace en cas d'urgence médicale (formation du personnel, dispositif permanences de soins en ambulatoire)  
Développer des réunions type « conférences à thèmes » pour informer en continu les professionnels et adapter les pratiques.

## 5.3. L'ORGANISATION DES SOINS

### 5.3.1. Le dossier de soins et le dossier médical

Le logiciel « Médic'Or » est utilisé concernant les informations médicales de chaque résident, ce dernier permet de centraliser et sécuriser les informations administratives et médicales.

Au sein de ces dossiers se trouve « le plan de soins individuel (PSI ) » qui permet à chacun l'uniformisation et la traçabilité des pratiques auprès du résident.

Les plans de soins IDE et hébergement ont récemment été renseignés sur le logiciel.

Les difficultés de connexion internet, l'ergonomie du logiciel et le peu de culture informatique de l'établissement, n'incitent pas les professionnels à compléter le logiciel de manière exhaustive. En outre, Medic'Or intègre essentiellement les données médicales au détriment des données sociales, éducatives et d'animation.

Il est prévu en 2017 de réfléchir à la mise en place d'un nouveau logiciel.

Des dossiers « papier » existe au sein des unités et du centre de soins. Une procédure « architecture du dossier » est en cours d'élaboration au niveau de l'association.

### 5.3.2. Les médicaments et les diverses dépenses de santé

Le circuit du médicament est un processus composé d'une série d'étapes successives :

- 1) La prescription (acte médical) : actuellement les prescriptions de traitements dits de « pathologies chroniques » sont effectuées sur Médic'Or et signées par le médecin le jour de la consultation.

Les prescriptions de traitements dits de « pathologies aiguës » sont soit rédigées par le médecin au moment de son passage sur l'établissement ou réalisées par téléphone mais faxées dans l'immédiat.

A chaque modification de prescription, une fiche traitement est éditée en trois exemplaires : le dossier médical, la salle de préparation, chaque chariot à médicaments de chaque unité.

- 2) La dispensation (acte pharmaceutique) : chaque prescription est faxée à une pharmacie de ville.

Cette dernière procède à une mise en sachets des comprimés secs sous forme d'escargot (1 sachet par prise, préparé sur 1 semaine ).

Tout ce qui est hors escargot est livré mensuellement, les IDE gèrent le stock de médicaments et préparent les semainiers de ces médicaments.

- 3) L'administration (acte IDE) : est réalisée par les équipes d'hébergement et tracé via le plan de soins.

Les stupéfiants sont prescrits via des ordonnances sécurisées, elles sont faxées également à la pharmacie qui trace le stock livré, chaque sortie de stupéfiant est tracée via un cahier de suivi avec une comptabilisation des stocks restants.

Si changement de traitement, posologie ou décès d'un résident : le stock non utilisé est redonné à la pharmacie et tracé.

### Objectifs

Formaliser les différentes étapes du circuit du médicament.

Formaliser une liste de médicaments stock tampon.

Définir le livret thérapeutique.

Lutter contre la Poly-médication.

Limiter la prise de psychotropes.

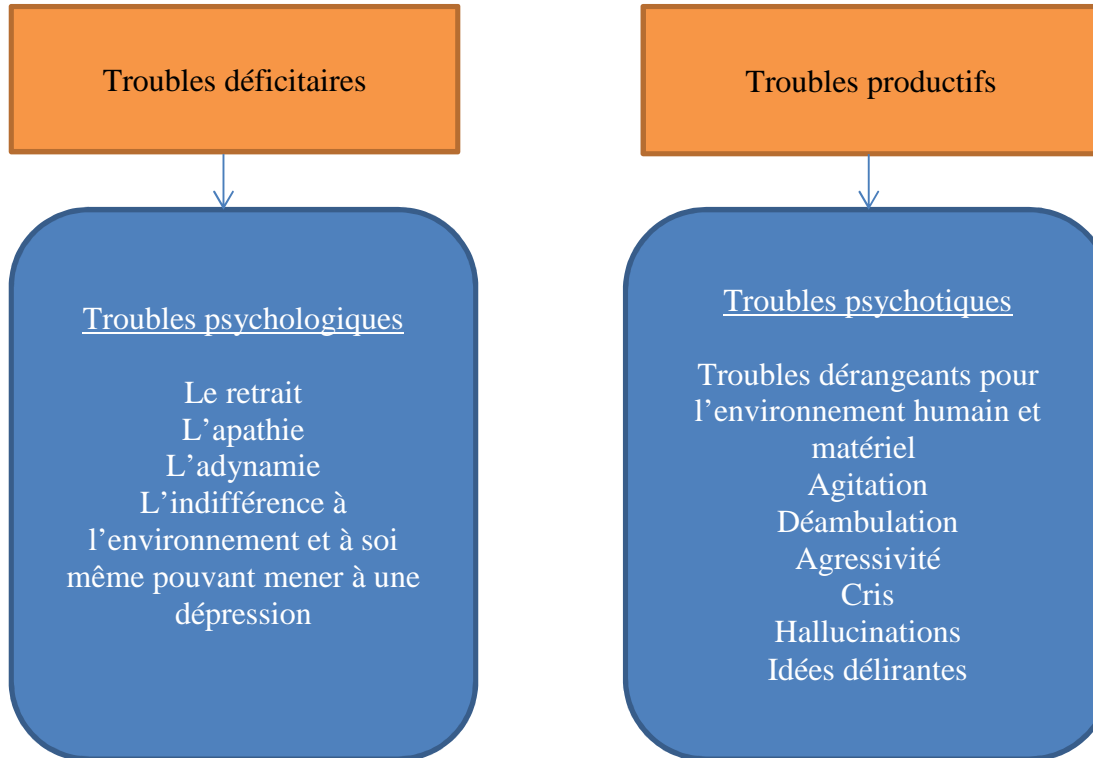
S'assurer du nettoyage/désinfection et du dégivrage régulier du réfrigérateur de stockage des médicaments.

Améliorer la préparation des buvables au plus près de la prise.





### 5.3.3. L'accompagnement psychologique



Objectifs :

Déjà réalisés : Continuer le partenariat avec le CHGR ( visite hebdomadaire d'un IDE du CHGR sur site + visite psychiatre une demi-journée tous les 4 mois )  
 Formalisation d'une procédure en cas d'agitation  
 Formalisation d'une procédure violence destinée aux professionnels soignants  
 Suivi personnalisé par la psychologue de l'établissement

Axes d'amélioration :

- Renforcer la traçabilité des suivis psychologues de l'établissement (utilisation de l'échelle NPI )
- Mettre en place la PEC du soutien psychologique auprès des aidants et familles.
- Réaliser une procédure en cas de fugue en lien avec la gendarmerie
- Continuer la formation et l'information professionnelle (gestion agitation, violence, savoir reconnaître les signes annonciateurs....)
- Développer les approches non médicamenteuses :
- Une formation SNOEZELEN a été réalisée en 2016, un réel projet d'interventions multi-sensorielles au sein de l'établissement est en cours d'élaboration
- Formations musicothérapie, luminothérapie, aromathérapies
- Développer le soutien psychologique en collaboration avec la psychologue auprès des professionnels soignants ( analyses de pratiques , recherche de réseau soutien )



Dans le cadre de leur mission, la psychologue assure un travail d'accueil, d'accompagnement clinique et de soutien psychologique des résidents, de leurs familles et apporte un éclairage ponctuel aux équipes soignantes.

La psychologue effectue les différents tests nécessaires à une meilleure connaissance du résident. Elle organise et participe aux PVI (projet de vie individuel) elle voit chaque résident entrant puis à chaque demande du personnel.



## PROJET D'ANIMATION

### 6.1. LES ACTIVITES PROPOSEES AU FAM

L'animation est assurée par une personne à temps plein (du lundi au vendredi) en lien avec une équipe pluridisciplinaire.

#### ROLE

Développer, organiser, conduire des projets ou des actions d'animation. Elles sont organisées individuellement ou en petit groupe ou exceptionnellement en grand groupe. Les animations proposées sont diversifiées et adaptées aux besoins et aux centres d'intérêts des résidents et en lien avec le projet de vie individuel.

#### MOYENS MATERIELS

- ✚ Des salles d'activités : salon esthétique, salle d'animation avec le bureau de l'animateur, salle avec ordinateur, petite salle pour que le résident puisse s'isoler lui-même, salle nommée culino, salle de psychomotricité et grande salle avec plusieurs fonctions.
- ✚ Informatique : logiciel word, outlook pour internet, une adresse mail professionnelle pour l'animateur et une tablette.
- ✚ Plusieurs véhicules (adaptés aux fauteuils roulants).

#### MOYENS FINANCIERS

Un budget pédagogique est attribué ponctuellement en fonction des projets et avec l'accord du chef de service. A Terme, il est envisagé la gestion de ce budget pédagogique par l'animatrice.

Un budget « transfert » permet l'organisation de journées et séjours.

#### ACTIVITES

Sur le FAM, diverses activités sont proposées aux résidents en fonction de leur souhait, de leur demande ou de leur centre d'intérêt. Certaines activités sont fixes pour que le résident ait des repères dans la semaine. L'animateur fait le planning hebdomadaire distribué dans les quatre unités et à quelques résidents le vendredi pour la semaine suivante.

ACTIVITES INTERNES	ACTIVITES EXTERNES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lecture du journal avec présentation de la semaine</b></li> <li>• <b>Conte</b></li> <li>• <b>Bricolage</b></li> <li>• <b>Esthétique</b></li> <li>• <b>Cuisine</b></li> <li>• <b>Jeux de société</b></li> <li>• <b>Jardinage</b></li> <li>• <b>Cirque</b></li> <li>• <b>Zoothérapie</b></li> <li>• <b>Sport adapté</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinéma</li> <li>• Ferme pédagogique</li> <li>• Randonnée</li> <li>• Sorties avec différents objectifs</li> <li>• Sorties achats</li> <li>• Restaurants</li> </ul>

Les résidents participent aussi aux temps d'animation une fois par moi proposées par l'association « les amis de Chaudeboeuf ». Les bénévoles, adhérents à cette association viennent proposer leur aide lors de ces moments.

#### ANIMATION AU FAM

Les animations sont mises en place suite à plusieurs constats :

- observations des professionnels
- demande ou souhait du résident lors des projets de vie individuels
- souhait des familles lors des rencontres.

Parfois, devant la lourdeur du handicap et de la communication non-verbale, il peut être difficile pour la personne handicapée d'émettre des souhaits. L'animateur peut être dans une phase d'expérience sur la proposition d'activités avec une observation fine pour distinguer le centre d'intérêt du résident.

Suite à ces constats, pour ce public, l'animation a des objectifs :

- + Favoriser l'autonomie
- + Valoriser les compétences
- + S'ouvrir vers l'extérieur
- + Prendre du plaisir
- + Partager des moments conviviaux
- + Avoir des moments d'échanges.

Projet d'animation : il n'existe pas a proprement parlé de projet d'animation. L'animatrice du FAM et de l'EHPAD ont suivi en 2016 une formation qualifiante BPJEPS. Il s'agit d'un objectif pour les années à venir.

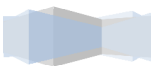
En outre, les animatrices expriment parfois leur solitude et un sentiment de manque de cohésion, de complicité ou de travail en commun avec l'ensemble de l'équipe autour du projet d'animation. Il n'existe pas de programme commun par manque de lien. Si le projet d'animation doit répondre aux objectifs de préservation de l'autonomie, de bien être, de convivialité et de partage entre les résidents, il est nécessaire que cette vie sociale soit partagée par tous les salariés. L'animation se réalise durant toute la journée et dans les moindres gestes de la vie courante.



## 6.2. BILAN DU PROJET D'ANIMATION AU REGARD DU PROJET D'ANIMATION

Il n'existe pas à proprement parlé de projet d'animation. L'animatrice du FAM et de l'EHPAD ont suivi en 2016 une formation qualifiante BPJEPS. Il s'agit d'un objectif pour les années à venir.

En outre, les animatrices expriment parfois leur solitude et un sentiment de manque de cohésion, de complicité ou de travail en commun avec l'ensemble de l'équipe autour du projet d'animation. Il n'existe pas de programme commun par manque de lien. Si le projet d'animation doit répondre aux objectifs de préservation de l'autonomie, de bien être, de convivialité et de partage entre les résidents, il est nécessaire que cette vie sociale soit partagée par tous les salariés. L'animation se réalise durant toute la journée et dans les moindres gestes de la vie courante.



## LES ANIMATIONS FESTIVES

Comme chaque année, un programme de festivités est organisé et respecté dans les traditions :

- Mardi gras : certains résidents se déguisent et une animation danse est organisée à la salle polyvalente. Des crêpes accompagnent le café au moment du goûter.
- Fête de la St Joseph : le 19 mars. Un repas amélioré est prévu et le personnel non accompagnant (secrétaires, cuisiniers, tutelle, lingères...) est invité à prendre le repas sur les différents groupes après avoir partagés un temps spirituel à la salle polyvalente et un apéritif dans le hall d'entrée du pavillon Anne Boivent.
- Fête de la musique : une animation est organisée avec des ateliers musique où les résidents peuvent faire une démonstration de leur talent.
- Fête de Noël : Noël est une grande fête qui est organisée la semaine d'avant le 25 décembre afin que les professionnels et les résidents puissent en profiter avant de partir en congés. (CP et vacances en famille).
- Journée des « Classes » : les résidents et professionnels concernés sont ceux qui sont nés dont la date de naissance termine par le même chiffre que l'année en cours. Ainsi les personnes qui ont dans l'année 20, 30, 40, 50 ans .....se réunissent pour fêter leur « Classes ». La journée débute le plus souvent par une célébration dans la salle polyvalente, suit un repas à la cafétéria et se termine par une animation selon le choix du groupe concerné. En amont une équipe de professionnels et de résidents préparent cette journée en collaboration avec les cuisines et Chefs de service quant au budget pour la composition du menu et la décoration.
- Expo vente : Le Foyer de Vie, en collaboration avec l'Association de bénévoles « Les Amis de Chaudeboeuf », présente lors d'une journée expo-vente les productions des résidents réalisées au sein des Ateliers des Talents. Cette journée est programmée chaque année le 2nd dimanche du mois d'octobre. Loin de nous situer dans une logique de « production », cette journée est l'occasion de fête, un temps de convivialité, de rencontre avec les familles, amis et voisins. Elle s'appuie sur les réalisations faites sur toute une année qui sont exposées dans la salle polyvalente de l'établissement. Chaque résident peut ainsi voir son travail valorisé par le visiteur et se projeter pour l'année suivante avec un imaginaire créatif individuel ou collectif même si sa participation effective est réduite.



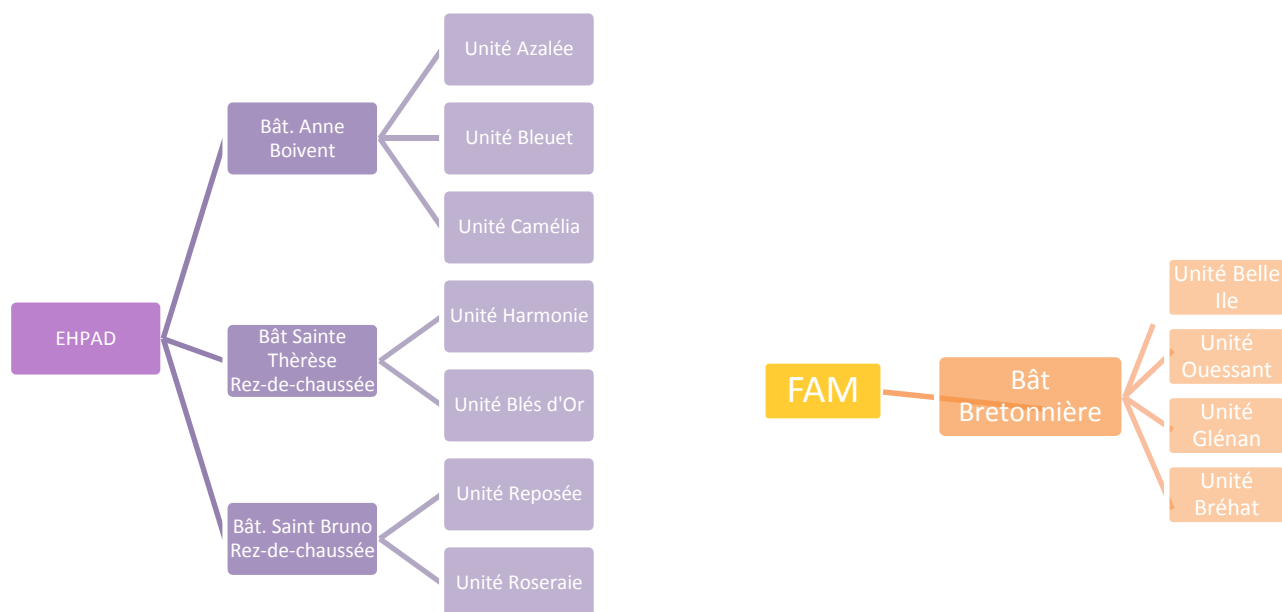
## PROJET ARCHITECTURAL

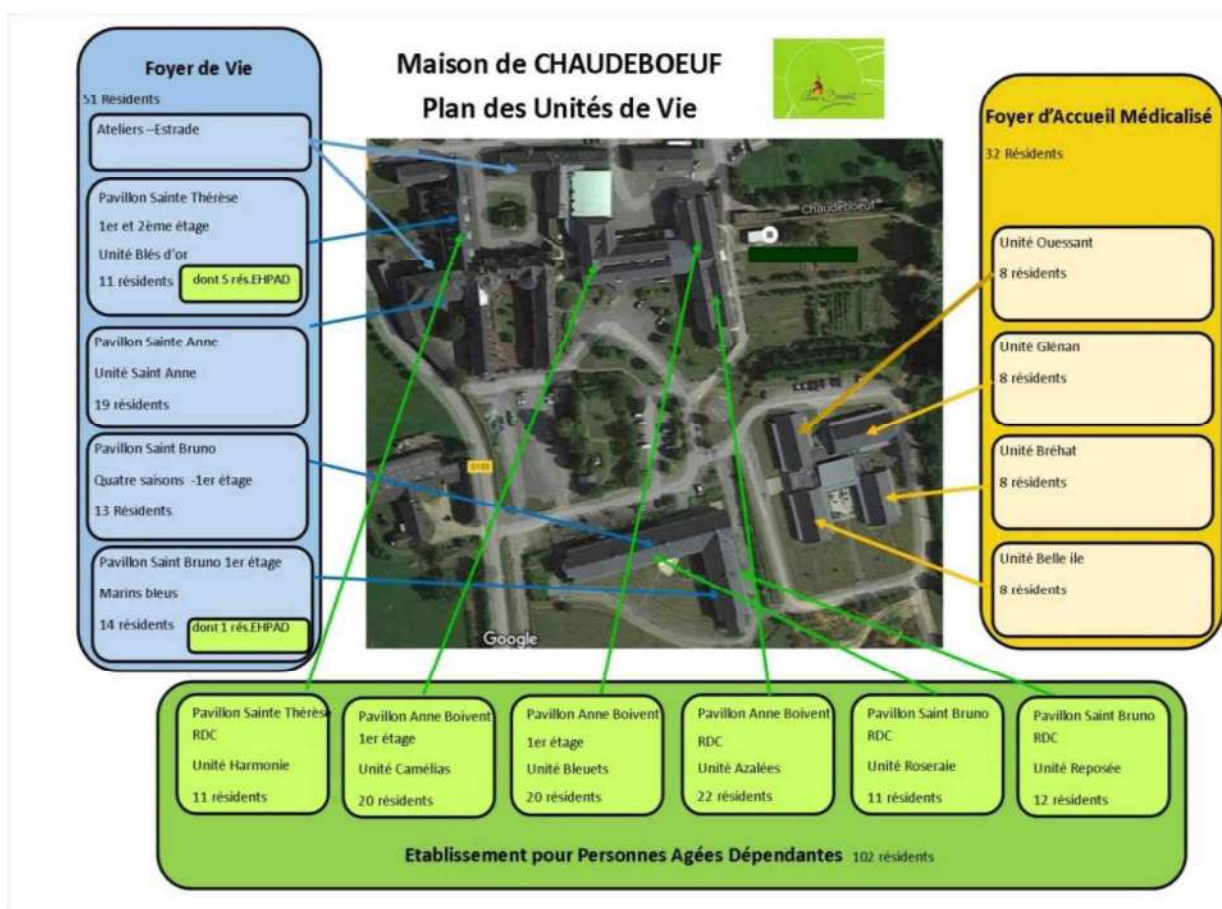
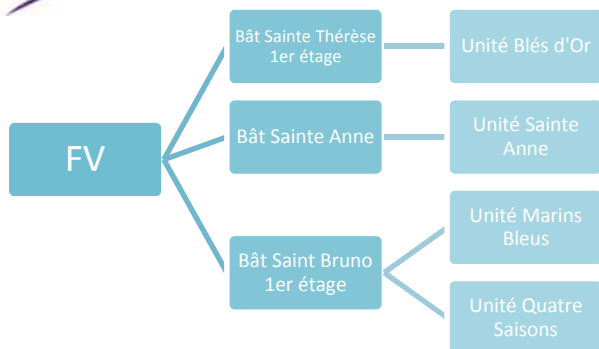
### 7.1. L'ORGANISATION ARCHITECTURALE

La Maison St Joseph de Chaudeboeuf dispose de bâtiments pour l'hébergement des résidents, de centres de soins, de locaux d'activités et de locaux dédiés aux services généraux : comptabilité, accueil, buanderie, cuisine, ateliers de maintenance. Ces locaux sont répartis à plusieurs endroits du site. Ce dernier représente une superficie totale de 5 ha 22 a 19 ca bénéficiant d'espaces verts et d'un cimetière.

Le château de Chaudeboeuf comprend une partie des locaux administratifs et des logements indépendants pour la communauté religieuse.

Chaque établissement (FV, EHPAD, FAM) est constitué de plusieurs unités, eux-mêmes répartis sur plusieurs bâtiments





Sur ce schéma, on peut remarquer que les résidents de l'EHPAD et du Foyer de Vie ne sont pas accueillis au sein d'un bâtiment qui leur est propre. Le site Saint Bruno accueille des résidents de l'EHPAD (rez de chaussée) et du Foyer de Vie (1<sup>er</sup> étage). Le site de Sainte Thérèse accueille également des résidents des deux secteurs. Par ailleurs, le site de Sainte Anne (bâtiment sur 3 niveaux) regroupe quant à lui des résidents du Foyer de Vie mais est éloigné de Saint Bruno.

L'éclatement géographique et l'absence de véritable bâtiment « accueil » ne favorisent pas le repérage dans l'établissement, que ce soit auprès des professionnels, visiteurs et résidents.



Les aires de parking et de circulation des piétons, vélos et véhicules sont communes présentant un risque d'accident (appréhension des résidents de l'EHPAD face aux résidents du FV à vélo).

### *Le projet architectural en cours tend à apporter des réponses aux difficultés constatées.*

Le Foyer d'Accueil Médicalisé est implanté dans le pavillon Bretonnière inauguré en 2006. Il est constitué de quatre unités d'hébergement accueillant chacune huit résidents, six en chambre individuelle et deux en chambres double.

- Belle-Île
- Ouessant
- Glénan
- Bréhat



Le bâtiment est de plein pied. Il comprend dans sa partie centrale une grande salle d'activité à laquelle se joute une salle appelée « culino-thérapie ». Autour, on y trouve plusieurs autres salles : une salle animation, des bureaux, une salle d'apprentissage. La salle de psychomotricité, située à proximité, accueille des résidents pour des activités psychomotrices, de gym douce ou de relaxation.

Chacune des unités est constituée de petite salle à manger et d'une salle de bain avec baignoire.

La signalétique demande à être revue. Le pavillon n'est pas aisément identifié à l'extérieur. Concernant l'accessibilité, pour les personnes à mobilité réduite, il est très difficile de sortir librement du service si un professionnel ne peut se libérer.

Un digicode sécurisant les portes pour certains, les résidents doivent systématiquement avoir recours à un accompagnant pour ouvrir, ce qui limite la liberté d'aller et venir de l'ensemble des résidents.

Le bâtiment est agréable et lumineux et globalement fonctionnel. Afin d'optimiser les espaces et de prévoir de nouveaux espaces de travail, il est envisagé de changer la configuration de certaines pièces : création d'une salle de réunion dans l'espace culinothérapie, création d'un bureau paramédical, déménagement de la salle d'animation dans un espace plus vaste et ouvert sur l'extérieur. Ces travaux seront l'occasion de mener une réflexion sur la liberté d'aller et venir des résidents en termes d'accessibilité au bâtiment.

La problématique des chambres doubles reste majeure. A cet effet, il est envisagé la suppression de ces chambres dans le cadre du projet architectural.



## 7.2. LA SECURITE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement est classé ERP de type J, 4eme catégorie.

Les locaux sont équipés de dispositifs de sécurité appropriés et ont reçu la visite de la commission départementale de sécurité qui a rendu un avis favorable à l'exploitation. La dernière visite a eu lieu le 17 décembre 2014 (Bretonnière, Sainte Anne et Sainte Thérèse) et le 14 avril 2016 pour le bâtiment Anne Boivent et Saint Bruno.

Des exercices et formations du personnel contre l'incendie ont été organisés en 2016. Ils sont à généraliser et systématiser dans les années à venir notamment pour les professionnels de nuit. A l'occasion de la dernière formation incendie, il a été constaté des erreurs de paramétrage sur les adresses des armoires incendie. Un audit associatif est en cours afin de reparamétrer les armoires SSI.

Le registre de sécurité recense toutes les formations effectuées et les visites contrôles. Les consignes de sécurité ainsi que les plans d'évacuation sont affichés dans l'ensemble de l'établissement.

L'établissement a fait le choix d'interdire de fumer dans l'établissement. Des espaces fumeurs ont été identifiés sur le site.

Des prélèvements sont régulièrement assurés dans le cadre de la lutte contre la légionnelle ainsi qu'en cuisine. La cuisine étant confectionnée sur place, le personnel respecte la méthode HACCP. Les locaux sont nettoyés dans le respect des procédures pour lutter contre les infections nosocomiales et la circulation du linge respecte la marche en avant (circuit du linge sale et du linge propre).

## 7.3. LES PROJETS EN COURS

Parallèlement à l'écriture du nouveau projet d'établissement, la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf a engagé en 2016 une réflexion concernant l'architecture du site avec pour objectifs de :

- Répondre aux normes accessibilité handicap
- Avoir une logique d'unité par structure (regroupements de résidents par type d'accompagnement)
- Améliorer la qualité et la sécurité des lieux de vie
- Faciliter la logistique et la communication inter-services

Dans ce cadre, l'Association a décidé de se faire accompagner du cabinet conseil d'ingénierie A2MO afin d'aider à la mise en place du projet, en lien avec les professionnels.

Un groupe de travail, constitué de représentants de salariés, s'est réuni à plusieurs reprises de mars à juin, en présence d'A2MO qui a piloté le groupe.

Entre deux réunions du groupe de travail, des réunions « retours projets » ont été mises en œuvre auprès de chaque unité par les chefs de service. Ces temps d'échange étaient l'occasion d'informer les professionnels de l'état d'avancement du projet et donner l'occasion à ces derniers de formuler des propositions/observations.

Les objectifs fixés pour ce projet architectural sont les suivants :

Sur le secteur EHPAD :

- ✓ Accueil des personnes handicapées vieillissantes
- ✓ Création d'un pôle activité PHV
- ✓ Amélioration conditions d'hébergement (suppression des chambres les plus vétustes et des chambres doubles)
- ✓ Regroupement des unités sur un même bâtiment
- ✓ Création d'unités de 25 lits en moyenne avec petite salle à manger et salon
- ✓ Création d'une salle à manger commune (accueil 50x2 résidents)

Sur le secteur FV :

- ✓ Regroupement des unités FV sur le même bâtiment
- ✓ Mise aux normes hébergement (accessibilité handicap, amélioration des conditions d'hébergement...)
- ✓ Mise aux normes ateliers en termes de sécurité incendie et amélioration des conditions d'accueil : création d'un accueil, d'espaces d'activité dédiés accessibles depuis un couloir...(absence de pièces en enfilade tel qu'aujourd'hui)
- ✓ Identification lieux FV

Sur le secteur FAM :

- ✓ Création d'une unité UPHV
- ✓ Création d'une unité éducative renforcée – pôle activités passerelles, plus accessible pour les résidents du FAM
- ✓ Suppression chambres doubles

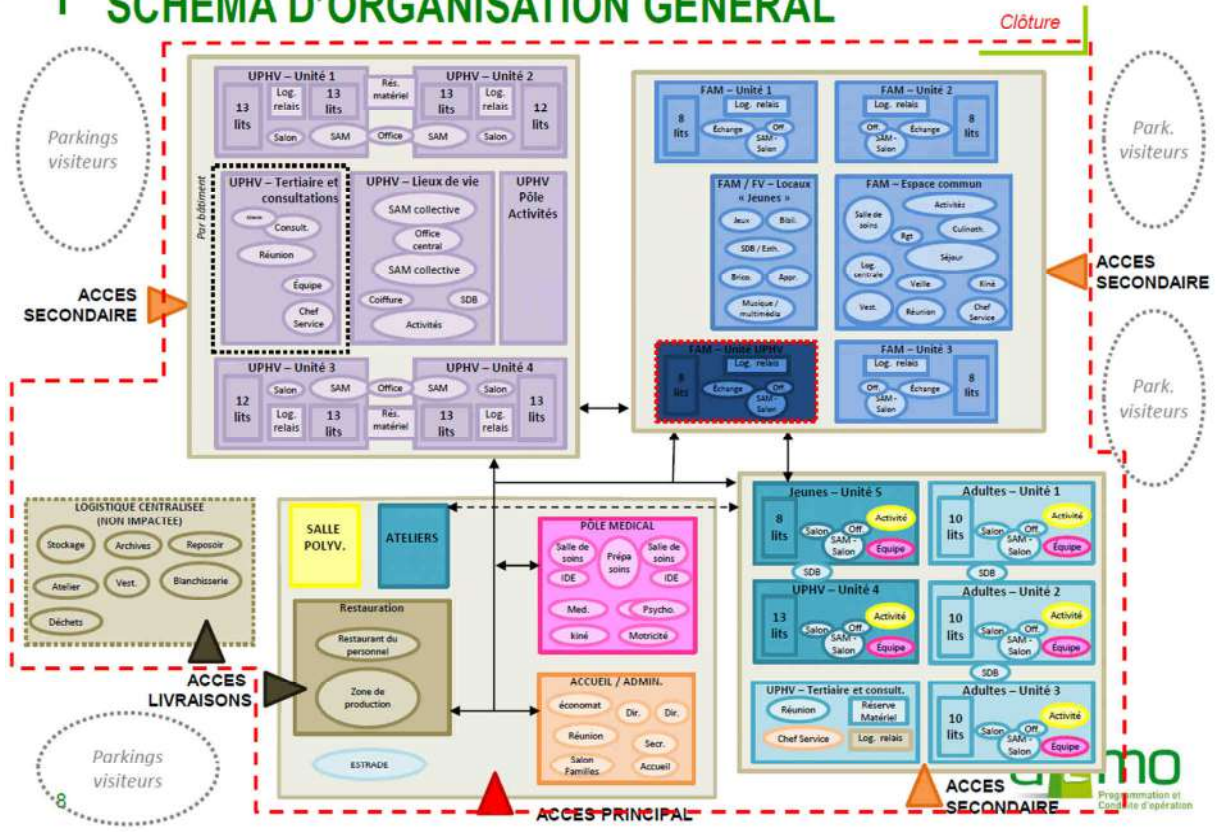
D'un point de vue architectural :

- ✓ Avoir une unité de lieu pour les différentes prises en charge et des locaux adaptés
- ✓ Réaliser un cœur d'établissement avec fonctions communes (accueil, pôle paramédical, lieux de rencontre et d'échange, salle à manger du personnel)
- ✓ Sécuriser les flux de circulation sur le site

A l'issue des différentes réunions du groupe de travail, le schéma d'organisation général est le suivant :



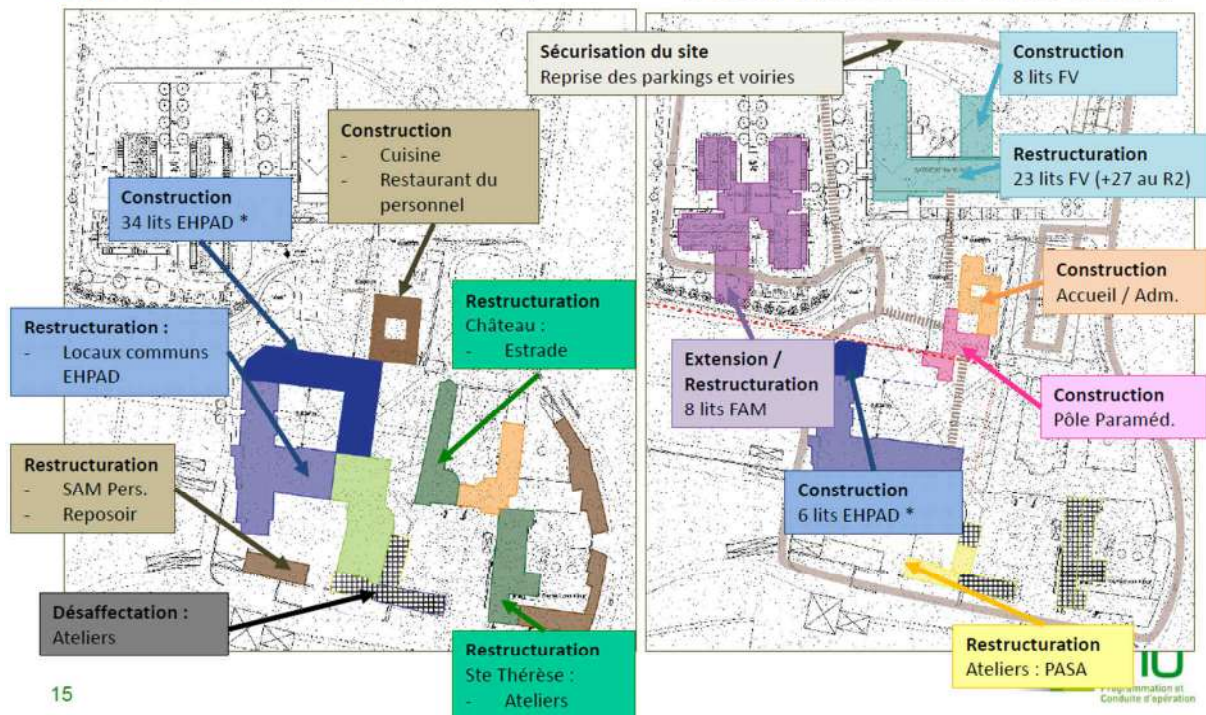
## SCHEMA D'ORGANISATION GENERAL



## SCENARIO 1 : Organisation finale

RJ/RDC (cotes NGF 99 à 104.7, hors 104.5)

R+1 et R+2 (cotes NGF 104.5, 108 et 111.2)



15

80

Au regard du scénario proposé, le projet impacte l'ensemble des trois établissements.

Du point de vue général et transversal :

- ✓ Création d'un lieu d'accueil directement accessible depuis l'entrée du site (en face du parking actuel)
- ✓ Création d'un espace administratif au sein de ce nouveau bâtiment
- ✓ Création d'un pôle médical et paramédical regroupant les professionnels du secteur tout en prévoyant des « circuits de passage » des résidents en fonction de leur secteur : handicap ou EHPAD
- ✓ Déménagement de la cuisine centrale et création d'une grande salle à manger principalement à destination des résidents EHPAD et d'une salle à manger du personnel
- ✓ Amélioration des flux de circulation sur le site et sécurisation

Du point de vue de l'EHPAD :

- ✓ Regroupement des unités de l'EHPAD au sein d'un même bâtiment (Anne Boivent) par une extension du bâtiment qui rejoindra l'espace accueil et paramédical
- ✓ Création d'unités de 25 à 30 lits
- ✓ Création de deux grandes salles à manger d'une capacité de 50 personnes séparées par un office afin notamment de créer une « prestation hôtelière » avec service à table
- ✓ Création d'un espace d'animation
- ✓ Création d'une unité type PASA pour les personnes handicapées vieillissantes au sein de l'actuel espace dédié aux ateliers

Du point de vue du FV :

- ✓ Regroupement des unités du FV au sein d'un même bâtiment (Saint Bruno) par une extension du bâtiment
- ✓ Création de plus petites unités (en moyenne 10 lits) avec chambres individuelles comprenant des sanitaires
- ✓ Réaménagement des espaces collectifs (coin salon/salle à manger) et création de nouveaux espaces (espace multimédia, salle d'activités)
- ✓ Déménagement des ateliers au sein de l'actuel bâtiment Sainte Thérèse afin de créer un lieu d'accueil et des espaces d'activité dédiés en dehors du secteur hébergement afin de :
  - Assurer une plus grande sécurité en termes incendie
  - D'éviter les passages et temps d'attente des résidents FV sur le site EHPAD
  - De faciliter la compréhension des activités par des espaces dédiés qui ne soient pas en enfilade

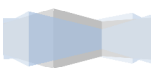


### Du point de vue du FAM :

- ✓ Création d'une unité pour les personnes handicapées vieillissantes
- ✓ Créations d'espaces d'activité davantage accessibles pour les résidents du FAM ne pouvant ou n'ayant pas la capacité de se rendre aux ateliers
- ✓ Suppression des chambres doubles

Le projet a été présenté aux organismes de tutelles à l'occasion de deux réunions en 2015 et 2016 et a reçu un avis plutôt favorable quant à la pertinence du projet.

A l'heure d'écriture du projet d'établissement, un plan de financement doit être établi en lien avec le siège de l'Association afin de prioriser les actions à mener.

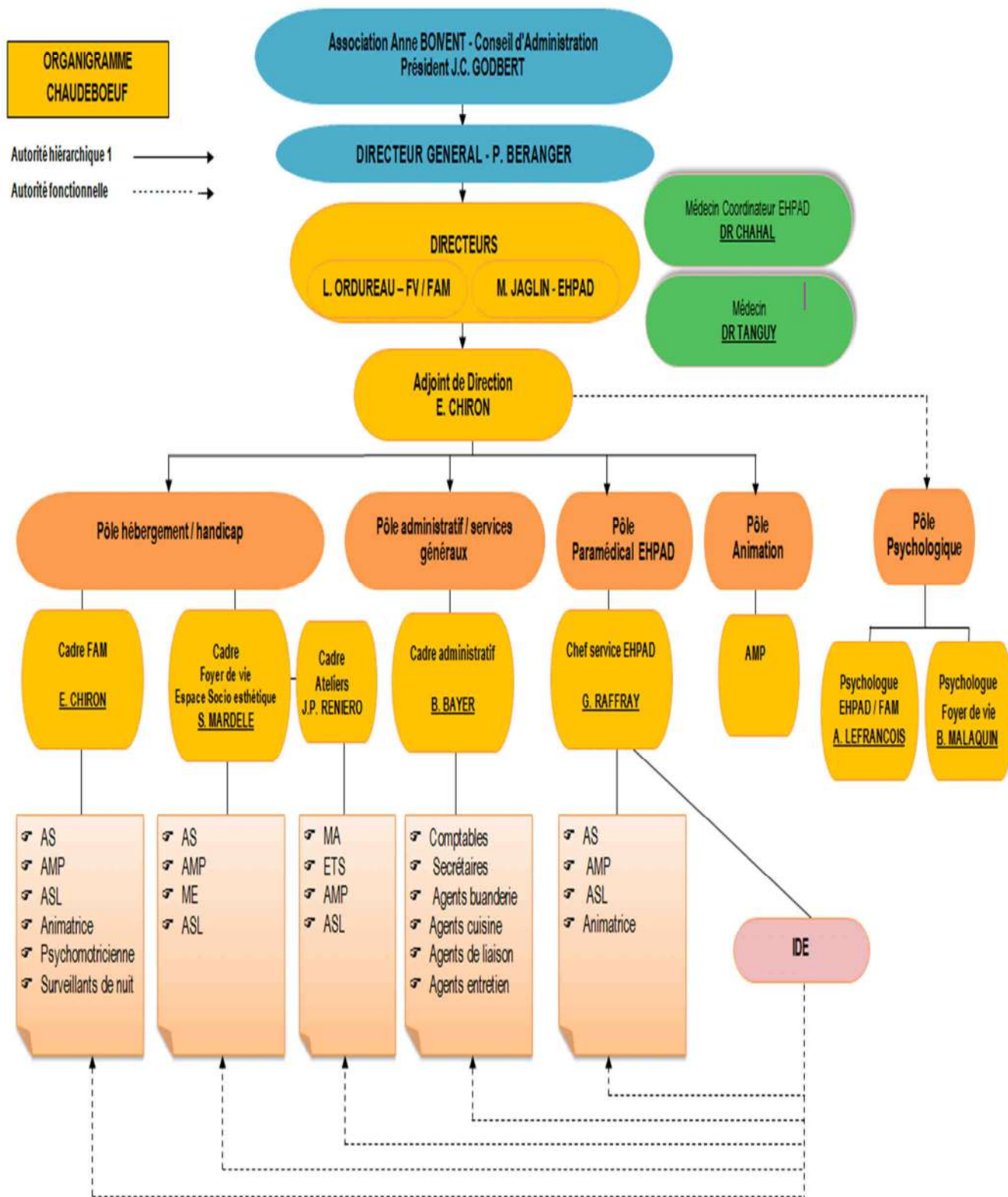


## LE PROJET SOCIAL

### 8.1. L'ORGANIGRAMME

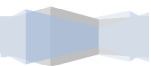


## ORGANIGRAMME au 31.12.2016

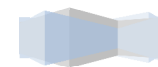




## 8.2. L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE ET DES TRANSMISSIONS ENTRE EQUIPES



Type	Périodicité	Profs. concernés	Objet
Réunion paramédicale	1 fois / mois	Prof paramédicaux, psychologues	Trans. Information paramédicales de l'équipe paramédicale
PVI	Tous les vendredis	Prof. Intervenant auprès des résidents	Réalisation du PVI (14h00-15h30) +suivi évaluation PVI précédent (15h30-16h00)
Point hebdomadaire	Tous les jeudis	Prof hébergement, chef de service, animatrice	Informations d'ordre plus institutionnel, organisation du service, bons d'achat, argent de poche, activités et animations - Trans. Informations concernant les résidents sur le plan éducatif et du quotidien du résident
Réunion de service	1 fois / trimestre	Ensemble des professionnels intervenant au FAM	Organisation du service, informations générales.
Réunion unité	1 fois / mois	Professionnels hébergement unité	Organisation de l'unité



### 8.3. LE RECRUTEMENT ET L'INTEGRATION DES NOUVEAUX PERSONNELS

Le recrutement des emplois cadres CDI est géré en lien avec le siège.

Le recrutement des emplois en CDD est géré par le Responsable d'établissement et le chef de service.

Des offres d'emploi sont régulièrement diffusées par le Siège de l'Association, permettant éventuellement la mobilité de professionnels entre établissements.

Le dispositif de mobilité interne, précédemment mis en place, a été dénoncé en 2014. Toutefois, les salariés peuvent faire part de leur souhait de mobilité sur un autre service à l'occasion des entretiens annuels ou lors des ouvertures de poste.

La politique d'intégration des nouveaux salariés est à améliorer et formaliser (révision du livret d'accueil, organisation d'une journée d'intégration...).

### 8.4. LA GESTION DES REMPLACEMENTS

La gestion des remplacements va être modifiée à compter d'avril 2017. A partir de cette date, les remplacements seront gérés par un organisme d'intérim solidaire « Medicoop » né de la coopération de 77 établissements médico-sociaux du territoire.

### 8.5. L'ACCUEIL DES STAGIAIRES

Chaque année, l'établissement accueille des stagiaires pour différentes formations, leur permettant de bénéficier ainsi de notre terrain professionnel pour découvrir ou se former à un métier du secteur sanitaire, social ou médico-social.

Un référent professionnel est nommé par le Chef de Service parmi l'équipe en recherchant l'adéquation entre sa qualification et la formation effectuée par le stagiaire. Le référent a un rôle important d'observation, de conseil, de guide, de suivi des actions mises en place et menées par le stagiaire pendant la totalité de son stage.

Suivant ses objectifs et les impératifs liés à sa formation, le stagiaire est mis en situation d'apprentissage. Il est encadré par les professionnels qui se rendent disponibles pour répondre à ses interrogations quant aux pratiques professionnelles et aux pathologies rencontrées. Il est invité à participer à l'ensemble des activités et animations proposées, ainsi qu'aux différentes réunions d'équipe. Il a accès aux documents de travail (synthèses, PVI,...) sans pour autant les sortir de l'établissement, ainsi qu'aux transmissions sous réserve de respecter le devoir de discrétion qui est imposé à tout professionnel.

La démarche concernant l'accueil des stagiaires doit toutefois être davantage structurée. Les demandes de stage sont réceptionnées par la secrétaire qui centralise les demandes et informe les chefs de service.

L'accueil des stagiaires demande une réorganisation. Par unités, il serait pertinent de définir par catégories professionnelles, le nombre de stagiaires pouvant être encadrés d'une manière correcte, en même temps et sur l'année.

La procédure d'accueil et les documents à communiquer nécessitent également d'être revus.



## 8.6. FORMATIONS

L'établissement a réalisé un effort important en termes de propositions de formations. L'augmentation significative du nombre de demandes de formations par les salariés depuis deux ans témoigne de la dynamique mise en place.

Les formations sont inscrites dans le plan de formation par le Responsable d'établissement au regard des projets de service, des orientations de l'établissement et des actions obligatoires à mettre en place.

Chaque année, en juin, les salariés sont invités à communiquer une fiche de demande de formation à leurs chefs de service.

La direction et les délégués référents du personnel échangent dans le courant du mois de septembre sur les formations individuelles et collectives.

Le choix des formations est fonction :

- ✓ pour les formations collectives : des orientations et du projet d'établissement et de certaines formations obligatoires à mettre en place (exemple : sécurité incendie)
- ✓ pour les formations individuelles : de l'avis du responsable, des priorités de formation définies, de l'intérêt du programme de formation, du coût et des formations déjà suivies par le salarié.

Le Responsable d'établissement élabore ensuite un plan de formation annuel, en lien avec le référent formation du siège, qu'elle soumet aux membres délégués du personnel.

Les formations sont organisées en intra, inter-services, voire en inter-établissements. L'établissement favorise aussi la participation des professionnels à des conférences et journées à thèmes.

L'arrivée d'un responsable formation au niveau du siège facilite le recueil de données, la mutualisation des formations et les échanges entre salariés de différents établissements de l'association.

## 8.7. LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Une évaluation des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés de l'établissement a été réalisée et centralisée dans le document unique des risques professionnels. Ce document comprend des actions de préventions des risques professionnels, d'information, de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Le DURP ayant été finalisé en 2016, il n'a pas fait l'objet d'évaluation. Il est prévu de réviser le document unique au moins une fois par an, dans le cadre du CHSCT.

L'analyse des accidents du travail est réalisée à l'occasion des réunions du CHSCT, une fois par trimestre, sur la base du registre des accidents de travail.

L'employeur organise également les visites médicales d'embauche, de reprise et périodique pour l'ensemble des salariés.

Six professionnels ont suivi la formation PRAP depuis 2014. L'objectif de ces formations PRAP est de permettre de dégager des pistes d'amélioration dans les domaines organisationnels, techniques et humains aux situations de travail établies (ou à venir) nécessitant de la

manutention manuelle, des déplacements avec ou sans port de charges, des gestes répétitifs, des postures contraignantes...

Une commission PRAP vient d'être constituée en novembre 2016. La démarche mérite encore d'être développée.

L'établissement bénéficie des visites et conseils réguliers d'un préventeur de la Médecine du travail. Des aménagements de poste ont été mis en place avec son appui : centre de soins, poste chef de service, bureau restauration.

Du matériel adapté a été mis à disposition des équipes en lien avec l'ergothérapeute : nouveaux lève personne, rails plafonniers...

### *Gestion des situations d'agressivité et de violence*

Les différents temps de rencontre (réunions de service, réunions institutionnelles...) permettent à chacun de s'exprimer, d'être écouté, d'échanger, voire d'apporter une réponse aux difficultés rencontrées. Toutefois, il convient de préciser davantage l'objet et la périodicité des différentes réunions.

En outre, la mise en place de groupes d'analyse de pratiques et/ou de supervision sur le secteur EHPAD et FAM contribuerait à aider et soutenir les professionnels dans leurs différentes missions.

Une réflexion est actuellement en cours pour la mise en place d'un temps d'analyse des pratiques une fois par trimestre.

Des formations sur la gestion des situations de violence et d'agressivité ont été remises en place et une procédure est en cours de validation. En outre une étude est actuellement menée pour l'achat de PTI programmables.

Des réunions « retour de situation » peuvent être mises en place à la demande des salariés d'hébergement ou chefs de service.

## 8.8. LA COMMUNICATION EN INTERNE

L'évaluation externe réalisée en 2014 a préconisé « d'apaiser les tensions entre les professionnels pour faciliter l'information transversale et permettre la coordination d'équipe au service du résident ».

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat :

- L'absence de temps de transmissions formalisé entre différentes catégories professionnelles, notamment entre les IDE et les équipes hébergement (jusqu'en octobre 2016)
- L'absence de régularité et d'objet des différentes réunions organisées par les chefs de service
- La disparité d'informations entre services
- Le centre de soins, regroupé sur le bâtiment Anne Boivent, ne facilite pas les échanges entre les IDE et les équipes hébergement des autres bâtiments (jusqu'en octobre 2016)

- L'absence de pôle paramédical : les bureaux des psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciennes, IDE, médecin coordonnateur sont éloignés les uns des autres
- Les divergences de point de vue concernant l'accompagnement et le rôle attribué à chacun, notamment entre les équipes hébergement et les équipes de soins
- La sous utilisation du logiciel Medic'or et l'absence de dossier spécifique à l'éducatif, au social et à l'animation au sein du logiciel
- La culture parfois différente entre le secteur handicap et le secteur personnes âgées

Compte tenu de ces éléments, l'établissement a engagé une démarche visant à travailler sur la communication intra et inter-services.

Les professionnels de la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf ont été sollicités en mars 2016 afin de répondre à un questionnaire, de façon anonyme, sur la communication au sein de l'établissement. Malgré un faible taux de participation, les réponses et suggestions données sont intéressantes en termes d'analyse.

Pour 57% des professionnels, la communication est peu satisfaisante.

Les suggestions en termes d'amélioration sont les suivantes :

- Clarifier l'objet et la fréquence des réunions par site
- Prévoir des formations sur l'informatique
- Faciliter les transmissions : meilleure utilisation du logiciel Medic'or ou investissement dans un nouveau logiciel?
- Proposer des temps d'analyse de pratiques
- Faciliter la communication inter-services (IDE, hébergement, animation, ateliers...) et inter-unités
- Réaliser des notes d'information institutionnelles et prévoir la participation régulière de la direction aux réunions de service
- Avoir des retours réguliers par rapport aux projets proposés
- Ouvrir l'institution vers l'extérieur
- Revoir la procédure et les informations indispensables à l'accueil

Plusieurs axes d'amélioration sont en cours de mise en place :

- Elaboration des plans de soins sur le secteur hébergement
- Constitution d'un fichier excel de partage entre chefs de service afin d'identifier les points à aborder en réunion de service de manière homogène
- Mise en place d'une formation « faciliter la cohésion et la communication entre équipe »
- La sectorisation du pôle soins, jusque là centralisé sur le bâtiment Anne Boivent, quelque soit le secteur. Depuis octobre 2016, un secteur IDE handicap et un secteur IDE EHPAD a été mis en place afin de faciliter les échanges d'information.
- La mise en place de temps de transmissions et de temps de réunions de service, formalisés et périodiques.
- Déploiement de l'outil outlook.
- Présentation des vœux par le Directeur Général et la Direction.



## 8.9 FICHES DE POSTE

L'intégralité des fiches de poste n'a pas été réalisée. Les inventaires des fiches à réaliser et à actualiser doit être réalisé en amont. Elles seront ensuite soumises pour avis aux DUP puis transmises de manière systématique aux salariés.

## 8.10 ENTRETIENS PROFESSIONNELS ET D'ÉVALUATION

L'entretien d'évaluation est mené par le responsable hiérarchique direct du salarié. Les entretiens d'évaluation concernent les salariés en CDI et éventuellement les CDD longs, il s'agit d'un bilan.

En cas de désaccord ou conflit, le Responsable peut être sollicité à la demande du salarié ou du responsable hiérarchique.

Les documents originaux de l'entretien sont conservés sur l'établissement de référence, une copie est remise au salarié, une autre au siège de l'association (RRH).

Le responsable hiérarchique doit faire remonter à son directeur les attentes et besoins et doit s'assurer du traitement des souhaits d'évolution et de mobilité professionnelle des salariés : climat social, GPEC, prospective, lien avec le plan de formation, évolution de l'offre de service. Pour les points RH uniquement, il transmet au directeur des ressources humaines les informations nécessaires.

Le support de l'entretien est transmis au salarié préalablement. Le responsable hiérarchique s'appuie sur le guide du manager pour la tenue de l'entretien qui se veut « *un des outils RH parmi d'autres (Bilan social, GPEC, Le pilotage social, la négociation...)*. Il n'est pas isolé et s'inscrit dans une démarche globale de management. L'entretien annuel d'évaluation est un moment privilégié pour échanger avec votre collaborateur afin de vous assurer que sa mission s'inscrit dans une logique de projet (associatif, d'établissement, de service...) et qu'à ces fins il appréhende la pédagogie par objectifs. Savoir aborder tous les sujets, poser les bonnes questions, faire le point sur les résultats et définir de nouveaux objectifs : voici les conseils pour tirer le meilleur parti des entretiens d'évaluation annuel ».

## 8.11 L'ANALYSE DE PRATIQUES

Seul le foyer de vie bénéficie d'un temps d'analyse de pratiques.

Une réflexion est à menée sur l'ensemble de la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf (EHPAD et FAM) afin de favoriser la mise en place de ce type de temps d'échange, demandés par les salariés.



## LA DEMARCHE QUALITE





## LA DEMARCHE QUALITE

### 9.1. ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE

La structuration de la démarche qualité est récente dans l'établissement. Toutefois, un effort important de formalisation a été initié depuis un an.

La démarche qualité est organisée en lien avec le siège de l'Association par l'intermédiaire d'une Directrice qualité, d'un assistant qualité et d'un COFIL Qualité.

L'évaluation externe a eu lieu en 2014. Afin d'assurer le suivi des actions d'amélioration, un COFIL qualité a été institué au sein de la structure. Il est composé des directeurs, chefs de service, référents qualité, du médecin coordonnateur.

#### 9.1.1. Copil, mise en place de procédures

Les missions de ce COFIL ont été précisées lors de la 1<sup>ère</sup> réunion en date du 2 décembre 2015, à savoir :

- Définir la politique et les orientations en matière de qualité, en lien avec l'Association
- Piloter et valider l'ensemble des travaux réalisés et des documents rédigés
- Suivre le plan d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques
- Prendre connaissance des fiches d'évènement indésirable et assurer le suivi des actions correctives
- Informer et sensibiliser les professionnels à la démarche.

Les différentes échéances, pilotes, et actions d'amélioration issues de l'évaluation interne et externe sont inscrites et planifiées au sein du PACQ (Plan d'Amélioration Continue de la Qualité) par le biais du logiciel Kalit'expert. La périodicité des réunions du COFIL a été fixée à une réunion par trimestre.

#### Gestion documentaire

Les procédures qui n'étaient jusque là pas complètement formalisées au format qualité (essentiellement procédure soins) sont en cours de réécriture et de mise en page afin de correspondre au format identifié dans « la procédure des procédures ». De nouvelles procédures « prioritaires » vont être élaborées en lien avec les groupes de travail et les orientations du PACQ et les orientations associatives.

Les procédures sont collectées dans 3 classeurs disponibles au sein des unités sur les thèmes de :

- Accompagnement
- Organisation et fonctionnement
- Sécurité, gestion des risques



### 9.1.2. L'autoévaluation

L'évaluation interne a été réalisée en 2014 sur la base d'un référentiel construit par l'établissement.

L'évaluation externe a quant à elle été organisée en fin d'année 2014 par un cabinet conseil – périnove.

Les axes d'amélioration issues de ces deux démarches ont été intégrés dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité.

**Actions inscrites dans le PACQ** : au titre des actions inscrites au PACQ et réalisées en 2015 et 2016, les actions majeures mises en œuvre sont les suivantes :

- Réalisation d'un audit sur la restauration : un stagiaire CAFERUIS a travaillé sur ce sujet et a réalisé un audit sur l'ensemble du site. Les échanges avec les professionnels et les recherches effectuées ont été synthétisées dans un rapport exhaustif qui servira de base de travail pour une réflexion globale sur la fonction restauration. Un audit restauration a également été réalisé en 2016 par un organisme « Atout restauration ». Ce dernier a été sollicité pour accompagner les équipes restauration à une réorganisation du service suite aux prochains départs à la retraite.
- Mise en place de groupes de travail :
  - Groupe « PVI » : groupe de travail composé de professionnels des trois établissements dont l'objectif est de clarifier le rôle du référent et d'établir un support PVI adapté.
  - Groupe de travail fin de vie : réflexions sur l'aménagement de la salle reposoir, révision du questionnaire obsèques, procédure conduite à tenir en cas de décès.
  - Commission activités : la démarche, initiée en 2015 au FV, permet de coordonner les activités de jour, d'informer tous les professionnels d'accompagnement du Foyer de Vie des activités mises en place et ainsi mieux appréhender l'emploi du temps des résidents.
  - Groupe médicaments : ce groupe a réalisé un audit du circuit du médicament et travaille régulièrement à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.
  - Commission « Vie Affective et Sexuelle » : des temps de rencontre interprofessionnels ont été organisés sur ce thème, en lien avec d'autres structures (FV de la Résidence Robinson- Fougères. Médecin et Conseillère du Conseil Général, Centre de planification de Fougères, centre de planification de Fougères) ou lors de colloques ou formations (colloque CLIC, formation sur vie affective et autisme). Un réel travail de collaboration et de partage est activé et doit faire l'objet d'une dimension d'accompagnement inscrite dans le projet d'établissement.



### 9.1.3. La gestion des évènements indésirables et des plaintes

#### Gestion des risques

Afin de faciliter la remontée des accidents, incidents ou dysfonctionnements et permettre d'apporter une action corrective rapide, des fiches de signalement des évènements indésirables ont été mises en place. Le circuit de traitement de ces fiches a été validé lors du COPIL. Le CREX (Comité de Retour d'Expérience) a la charge de procéder à une analyse trimestrielle des fiches pour la détermination éventuelle d'actions préventives.

#### Gestion des plaintes

Le livret d'accueil, en cours, rappelle la possibilité de prendre contact avec le Responsable d'établissement pour toute question, réclamation ou plainte.

En cas de contestation ou de réclamation, le résident doit pouvoir faire appel à une personne « qualifiée » comme cela lui est indiqué dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement. La liste des personnes qualifiées est affichée au sein des différents bâtiments.

### 9.1.4. La communication avec les familles et les résidents

Un **questionnaire de satisfaction** a été adressé aux familles en décembre 2015 et octobre 2016. Il est prévu de renouveler cette démarche annuellement.

Les résultats des questionnaires sont diffusés à tous les salariés et aux familles, accompagnés de propositions d'amélioration.

En outre, le recueil des besoins et souhaits est réalisé à l'occasion des réunions **du Conseil de la Vie Sociale (CVS)**. De nouvelles élections sont planifiées en 2017 afin de créer deux CVS, un spécifique au secteur handicap et un CVS spécifique au secteur EHPAD. Le CVS se réunit au moins trois fois par an. Le CR est affiché au sein des différents bâtiments. Ce conseil de la vie sociale a un rôle consultatif pour l'organisation de la vie quotidienne de l'établissement, l'élaboration du règlement intérieur, les activités d'animation socioculturelle et thérapeutique, les mesures visant à associer au fonctionnement de l'établissement les résidents, les familles et le personnel, les projets de travaux et d'équipement, les prix et les services rendus par l'établissement, l'affectation des locaux collectifs et leur entretien.

Des doléances ou suggestions peuvent être adressées directement aux membres du Conseil de la vie sociale.

Les trames de **projet personnalisé** intégreront désormais un item sur le recueil des besoins et souhaits des résidents.



Des représentants de résidents assistent également **aux commissions menus** de l'établissement.

Communication avec les familles : de nombreux temps d'échange et de rencontre sont proposés aux familles : présentation des vœux, réunion annuelle, cocktail des familles, invitation à participer à des événements festifs.

Les proches des résidents sont invités à partager un café lors de leur passage à Chaudeboeuf pour une visite, aident les résidents à envoyer des invitations à l'occasion des anniversaires ou venir à différentes manifestations (expo-vente, cocktail des familles).

Il est attaché de l'importance à inviter les tuteurs et/ou les membres de la famille proche du résident à une rencontre post-PVI ou en rendez-vous pour évoquer une situation particulière.

Communication avec les résidents : Les résidents sont ainsi associés aux dimensions qui les concernent individuellement mais également à celles qui relèvent d'un caractère collectif.

- Du côté de la sphère individuelle :
  - L'élaboration de son projet de vie
  - L'aménagement de sa chambre et son entretien
  - Le choix de son lieu et période de ses vacances
  - Le choix de ses activités
  - Les achats personnels (produits d'hygiène et de beauté, tenues vestimentaires, objets de décoration)
  - Les relations avec sa famille et amis
  - Le choix du médecin généraliste et spécialistes
  
- Du côté de la sphère collective
  - L'organisation des événements festifs
  - Choix des « menus »
  - Tâches domestiques

Pour assurer cette participation et expression, différents moyens sont mis en œuvres :

- La procédure du projet de vie individualisé
- Commission « menus »
- Conseil de la Vie Sociale (CVS)
- Différentes réunions pour la préparation des festivités (Noël, Pâques, journée Expo-vente).

#### ✓ **La personne de confiance**

Selon l'article L.1111-6 du code de la Santé Publique : « Toute personne peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

Une information sur les missions de la personne de confiance devra être donnée aux salariés et résidents afin de faciliter la désignation de la personne de confiance. Des plaquettes d'information pourraient être menées afin de servir de support.

La même démarche pourra être mise en œuvre s'agissant des Directives anticipées.



## **L'hygiène**

### RABC et HACCP

Une formation RABC est programmée en novembre 2016 à destination de deux professionnels de la buanderie.

Après une formation, l'équipe restauration a mis en place le plan de maîtrise sanitaire en décembre 2015. Un salarié du service restauration a obtenu le diplôme de responsable de cuisine en 2016 et poursuivra ainsi la démarche « HACCP » en cuisine.

### L'intervention de l'infirmière hygiéniste

Les objectifs de l'IDE hygiéniste sont d'assurer des actions de prévention et de maîtrise du risque infectieux : aide à l'auto-évaluation, formations, élaboration de protocoles, surveillance, audits de bonnes pratiques, mise en place des premières mesures de gestion en cas d'infections.

Des formations ont été proposées en 2016 par l'IDE hygiéniste aux agents de service logistique en charge de l'entretien des locaux.

Des protocoles hygiène sont en cours de diffusion ainsi que la nomination de référents hygiène.

Par ailleurs, les agents de service logistique étaient auparavant sous la responsabilité de chaque chef de service. Ils sont désormais sous la seule responsabilité d'un cadre afin d'harmoniser et de mieux formaliser nos pratiques, notamment sur le plan de l'hygiène.

La démarche hygiène est à poursuivre que ce soit sur le secteur Personne Agées et Personne Handicapée.



## LE SYSTEME D'INFORMATION



## 10. Le système d'information

Un administrateur réseau gère le système informatique. L'Association utilise également des prestations de services d'une société informatique qui héberge les données et apporte un support technique.

Un document de présentation du système informatique décrit les éléments essentiels de l'architecture et des logiciels mis en place.

Un intranet documentaire est en place ainsi qu'un modèle de bureau à distance.

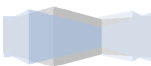
Différents logiciels sont en place pour la gestion administrative et financière ainsi que pour la gestion du suivi médical des résidents (Medic'or et Age d'Or).

L'association souhaite modifier son système d'information pour le soin et l'accompagnement des résidents. Il s'agit d'un axe prioritaire pour 2017.

L'établissement rencontre des difficultés régulières d'accès et de lenteur du réseau.

Compte tenu de l'accroissement des besoins et demandes et des difficultés techniques rencontrées, il est prévu l'internalisation des serveurs.

En outre, des formations à l'informatique vont être proposées de manière régulière aux professionnels de l'établissement.



## LES FICHES ACTIONS





### 11.1 Principaux points forts et points faibles

Principaux points forts	Principaux points faibles
Qualité de l'environnement	Eloignement urbain (résidents FV)
Qualité de l'accompagnement	Absence de procédure admission résident
Disponibilité, bienveillance et implication des professionnels	Vétusté de certains locaux « disséminés » - éclatement géographique—locaux inadaptés
Qualité des repas et prestations buanderie	Difficile communication entre les professionnels
Ouverture aux familles	Isolement des équipes de nuit
Ambiance familiale appréciée	Difficulté réseau, sous utilisation de l'informatique et de la formalisation des pratiques
Présence de bénévoles impliqués	Sous qualification de certains professionnels
Qualité et diversité des activités et animations	Articulations avec les établissements psychiatriques et sanitaires
Partenariat et réseau en développement	Hétérogénéité des populations sur certaines unités
Parcours de l'utilisateur au sein de l'établissement	Absence d'analyses de pratiques et de supervision
Volonté de changement et mobilisation des professionnels	Absence architecture et du guide utilisation dossier résident-logiciel inadapté
Présence de nouveaux métiers	Insuffisante culture gestion du risque
Permanences régulières de professionnels du CMP	
Implication dans des groupes de travail	
Intervention des fonctions supports (diététicienne, IDE hygiéniste, pôle qualité, travaux, informatique, RH, compta...)	
Nombreuses formations – mutualisation des formations	

### 11.2 Les fiches actions



## Fiche action 1

**Nom de l'action : poursuivre l'ouverture vers l'extérieur**

<b>Responsable du projet</b>	Direction
<b>Echéance finale</b>	2020
<b>Composition du groupe de travail</b>	Chefs de service et Direction
<b>Rappel de la problématique</b>	Les partenariats sont nombreux mais peu formalisés. L'établissement n'a pas encore de culture de communication

### Étapes du projet

#### Actions à mener

- **Formaliser les partenariats par voie de convention**
- **Mise à jour du listing des partenaires**
- **Poursuivre la démarche de réunions d'information à destination des partenaires**
- **Faire un CR des RDV/réunions avec les partenaires**
- **Faire des évaluations régulières de la coopération avec nos principaux partenaires**
- **Elaborer des supports de communication (plaquette, synthèse du projet d'établissement, cartes de vœux...)**
- **Avoir une charte graphique**

#### Éléments à prendre en compte

- **Diversité des partenaires**
- **Zone géographique**
- **Disponibilités des différents professionnels et établissements**

#### Indicateurs

- **Nombre de réunions**
- **Nombre de documents intégrant la charte graphique**
- **Nombre de CR**

## Fiche action 2

Nom de l'action : Projections spécifiques FAM

<b>Responsable du projet</b>	Chef de service FAM
<b>Echéance finale</b>	2018
<b>Composition du groupe de travail</b>	Administrateur, Chef de service, psychologue, éducateur, professionnels volontaires, IDE
<b>Rappel de la problématique</b>	Les groupes sont homogènes en termes d'âge et de handicap. L'arrivée de jeunes résidents TSA sur le FAM a réinterrogé les pratiques, le fonctionnement et la configuration des locaux.

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Poursuivre la création d'une unité spécifique « TSA » et renforcer les démarches d'évaluation et d'apprentissage
- Créer des espaces dédiés d'activités
- Poursuivre la formation des professionnels à l'accompagnement des personnes TSA
- Former les professionnels à l'accompagnement des personnes polyhandicapées notamment des personnes vieillissantes
- Créer une unité de personnes polyhandicapées vieillissantes
- Proposer des places d'hébergement temporaire
- Evaluer le nouveau poste AS référent

#### Eléments à prendre en compte

- Populations hétérogènes
- Evolution des pathologies
- Isolement géographique

#### Indicateurs

- Nombre d'inscriptions
- Taux d'occupation
- Nombre de conventions de partenariat



Pilier 2 : proposer dans un environnement institutionnel un accompagnement conforme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie

## Fiche action 3

Nom de l'action : Mener le projet architectural

Responsable du projet	Direction
Echéance finale	2021
Composition du groupe de travail	COFIL Architectural, Responsable Pôle handicap, Chargé de travaux
Rappel de la problématique	Certains locaux sont vétustes et ne respectent pas les normes d'accessibilité handicap. L'éclatement géographique des sites ne facilite pas la communication et cohérence de l'accompagnement. Certains bâtiments sont très hétérogènes en termes de populations accueillies (EHPAD et FV sur le même bâtiment).

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- **Etablir un plan de financement, en lien avec le siège et les autorités de tutelle**
- **Prévoir des rencontres avec les architectes**
- **Faire vivre le COFIL architectural**
- **Prévoir des réunions de service « retours d'informations » projet architectural**
- **Communiquer sur le projet et les avancées**

#### Eléments à prendre en compte

- **Travaux engagés avec le COFIL architectural et le cabinet A2MO**
- **Avis plutôt favorable des organismes de tutelle**
- **Orientations de l'Association et de l'établissement**
- **Avis de la commission de sécurité, favorable au projet**

#### Indicateurs

- **Réalisation du projet**



Pilier 2 : proposer dans un environnement institutionnel un accompagnement conforme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie

## Fiche action 4

Nom de l'action : Soins

<b>Responsable du projet</b>	Direction
<b>Echéance finale</b>	2022
<b>Composition du groupe de travail</b>	Groupe de travail composé du médecin coordonnateur, de l'infirmier coordonnateur et du cadre de santé ainsi que des professionnels volontaires
<b>Rappel de la problématique</b>	Le projet de soins n'est pas formalisé à l'heure actuelle.

### Etapes du projet

#### Actions à mener

Thème	Actions à mener	Echéances
<b>Continuité de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Développer des conventions avec des structures ressources</li> <li>✓ Développer une organisation efficace en cas d'urgence médicale</li> <li>✓ Développer des réunions type conférences à thèmes</li> <li>✓ Evaluer la pertinence des temps de transmission et des réunions paramédicales</li> <li>✓ Evaluer la mise en place des plans de soins</li> </ul>	2017
<b>Circuit du médicament</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formaliser les différentes étapes du circuit du médicament</li> <li>✓ Formaliser une liste de médicaments stock temps/médicaments liste préférentielle</li> <li>✓ Définir le livret thérapeutique</li> <li>✓ Lutter contre la polymédication (dont psychotropes, hypnotiques)</li> <li>✓ Améliorer la préparation des buvables</li> </ul>	2017



	<ul style="list-style-type: none"> <li>au plus près de la prise</li> <li>✓ Réduire les risques d'erreur d'administration</li> </ul>	
Thème	Actions à mener	Echéances
<b>Prévention des chutes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaboration de la procédure chutes</li> <li>✓ Mise en place d'actions correctives suite à des déclarations de chute</li> <li>✓ Formalisation d'actions de prévention (bilans kinésithérapie, ergothérapeute, réorganisation de l'installation des chambres, optimiser la nutrition, accessibilité parcours santé, pôle locomoteur...)</li> <li>✓ Réalisation de bilans d'autonomie</li> </ul>	2020
<b>Prévention des escarres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mettre en place un outil d'évaluation</li> <li>✓ Sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques</li> <li>✓ Formaliser l'évolution des stades de l'escarre</li> <li>✓ Mise en place d'une procédure</li> <li>✓ Nomination de personnes ressources</li> </ul>	2018
<b>Contentions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informer les professionnels sur les risques, limites, alternatives et législation concernant la contention</li> <li>✓ Mettre en place une surveillance quotidienne des contentions</li> <li>✓ Réviser les prescriptions</li> <li>✓ Tracer l'évaluation des contentions</li> </ul>	2017
<b>Hygiène bucco-dentaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires</li> <li>✓ Faire un bilan bucco-dentaire systématique à l'entrée du résident</li> <li>✓ Former les professionnels</li> <li>✓ Permettre le nettoyage adéquat des prothèses bucco-dentaires</li> </ul>	2017
<b>La dénutrition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Réaliser des bilans de déglutition</li> <li>✓ Améliorer la présentation des repas</li> <li>✓ Enrichir les plats</li> <li>✓ Introduire le régime riche en fibres</li> <li>✓ Poursuivre la mise en place des repas thérapeutiques</li> </ul>	2018
<b>Prise en charge de la douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paramétrage de l'échelle d'évaluation douleur sur le logiciel dossier résident</li> <li>✓ Sensibiliser les professionnels/ Formations sur douleur auprès des personnes communicantes et non communicantes</li> <li>✓ Réalisation de bilans douleur</li> <li>✓ Rechercher des prises en charge non médicamenteuses (hypnose..)</li> </ul>	2018



	✓ Poursuivre le partenariat (EMASP, HAD...)	
--	---	--

Thème	Actions à mener	Echéances
Accompagnement de fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prendre connaissance des volontés de la personne accueillie (questionnaire décès, directives anticipées, désignation personne de confiance...)</li> <li>✓ Informer et former les professionnels sur l'accompagnement de fin de vie, sur la loi Léonetti, sur les directives anticipées...</li> <li>✓ Favoriser le dialogue avec les proches, proposer les interventions de la psychologue et éventuellement de l'aumônière...</li> <li>✓ Formaliser des temps d'écoute et d'échange avec la psychologue</li> <li>✓ Proposer des temps d'analyse de pratiques</li> <li>✓ Poursuivre les partenariats (EMASP, HAD...)</li> </ul>	2019

#### Eléments à prendre en compte

- Sectorisation récente du centre de soins (Centre de soins EHPAD, Centre de soins handicap)
- Spécificités de la population accueillie

#### Indicateurs

- Indicateurs identifiés pour chaque action



## Fiche action 5

**Nom de l'action : Réaliser un projet d'animation**

<b>Responsable du projet</b>	Animatrices
<b>Echéance finale</b>	2019
<b>Composition du groupe de travail</b>	Animateurs, professionnels volontaires, chef de service
<b>Rappel de la problématique</b>	L'équipe d'animation est constituée de deux animatrices récemment diplômées, sur le secteur EHPAD et FAM. Il n'existe pas à l'heure actuelle de projet d'animation formalisé.

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Identifier les activités internes et externes adaptées aux résidents
- Identifier les manifestations annuelles
- Constituer un groupe de travail sur chaque secteur afin de réfléchir :
  - ✓ à la planification des activités
  - ✓ aux modalités de transmission des informations
  - ✓ à la coordination entre professionnels
- Réfléchir à l'articulation entre les trois structures
- Clarifier la marche à suivre pour l'organisation des transferts

#### Eléments à prendre en compte

- Trois secteurs avec des publics différenciés
- Bâtiments éloignés les uns des autres
- Absence d'animatrice sur le foyer de vie
- Activité animation impactant divers services

#### Indicateurs

- Nombre de réunions
- Nombre d'animations et de manifestations
- Ecriture d'un projet





## Fiche action 6

Nom de l'action : travailler sur l'environnement autour du repas

Responsable du projet	Cadre administratif
Echéance finale	2018
Composition du groupe de travail	Cadre administratif, professionnels hébergement, diététicienne, cuisinier, IDE
Rappel de la problématique	Les objectifs des repas thérapeutiques ne sont pas identifiés. Les aménagements des salles à manger ne sont pas toujours adaptés et la présentation des plats pas toujours appétant.

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Poursuivre la formation des équipes restauration à de nouvelles méthodes de présentation
- Mettre à disposition le matériel de restauration nécessaire
- Former les équipes d'hébergement à la présentation des plats
- Mener une réflexion sur le service et la présentation de la table
- Clarifier les objectifs des repas thérapeutiques, réfléchir aux rôles des professionnels sur ces temps là

#### Eléments à prendre en compte

- Eclatement des salles à manger
- Diversité des régimes

#### Indicateurs

- Nombre de formations
- Nombre achats matériel/vaisselle et décoration
- Existence d'un projet sur les repas thérapeutiques

## Fiche action 7

**Nom de l'action : Formaliser la procédure d'admission des nouveaux résidents**

<b>Responsable du projet</b>	Cadre administratif
<b>Echéance finale</b>	2018
<b>Composition du groupe de travail</b>	Groupe de travail « admission »
<b>Rappel de la problématique</b>	La procédure d'admission des nouveaux résidents doit être formalisée

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- **Constituer un groupe de travail composé du cadre administratif, des chefs de service, de la secrétaire, de la psychologue, du médecin coordonnateur, de référents IDE et de professionnels volontaires**
- **Formaliser la procédure d'accueil et la diffuser auprès des équipes**

#### Éléments à prendre en compte

- **Hétérogénéité des populations et des modalités d'accueil**

#### Indicateurs

- **Existence d'une procédure**
- **Nombre de réunions du groupe de travail**



Pilier 2 : proposer dans un environnement institutionnel un accompagnement conforme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie

## Fiche action 8

**Nom de l'action : vie affective et sexuelle**

<b>Responsable du projet</b>	S.Mardelé
<b>Echéance finale</b>	2018
<b>Composition du groupe de travail</b>	Commission vie affective
<b>Rappel de la problématique</b>	Les résidents et les professionnels souhaitent qu'une réflexion soit engagée sur le plan institutionnel

**Etapes du projet**

**Actions à mener**

- Réunir de nouveau la commission
- Solliciter des partenaires : centre de planifications, groupes de professionnels de l'Association le Parc...
- Mettre en place des mesures de prévention à destination des résidents
- Intégrer les droits et devoirs de chacun dans le règlement de fonctionnement ou dans une charte
- Eclairer les professionnels sur les droits et devoirs sur ce sujet, ainsi que les responsabilités de chacun
- Définir les espaces d'intimité
- Mettre à disposition des professionnels des outils pédagogiques à destination des résidents...

**Éléments à prendre en compte**

- Sensibilités de chacun, professionnels, résidents, familles et tuteurs
- Pathologies des résidents

**Indicateurs**

- Nombre de réunions
- Nombre de formations/sensibilisation
- Nombre d'actions de prévention
- Nombre d'outils pédagogiques



## Fiche action 9

**Thème de l'action : ressources humaines, intégration des nouveaux salariés**

<b>Responsable du projet</b>	Direction
<b>Echéance finale</b>	2017
<b>Composition du groupe de travail</b>	Direction et chefs de service
<b>Rappel de la problématique</b>	L'accueil des salariés n'est pas homogène en fonction des structures

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Revoir le livret d'accueil salarié et documents à fournir à l'arrivée
- Réaliser une procédure d'accueil des nouveaux salariés
- Envisager une journée d'intégration « nouveaux salariés » une fois par an

#### Éléments à prendre en compte

- Association du service RH dans la démarche
- Prendre en compte les documents existants au sein de l'Association

#### Indicateurs

- Nombre de diffusion de livrets d'accueil
- Existence d'une procédure
- Nombre de journées d'intégration
- Nombre de personnes embauchées



## Fiche action 10

**Nom de l'action : ressources humaines – faciliter l'accueil et l'accompagnement des stagiaires**

<b>Responsable du projet</b>	IDE Co EHPAD et chef de service FV
<b>Echéance finale</b>	2018
<b>Composition du groupe de travail</b>	Chefs de service
<b>Rappel de la problématique</b>	L'accueil et l'accompagnement des stagiaires ne sont pas identiques d'un secteur à l'autre. Les documents d'information ne sont pas remis.

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Définir le nombre de stagiaires par catégories professionnelles pouvant être accueillis en même temps
- Elaborer une procédure accueil et accompagnement des stagiaires
- Créer un outil permettant les échanges d'information plus faciles entre le secrétariat et les chefs de service
- Nouer des partenariats privilégiés avec certains centres de formation
- Créer des documents facilitant la compréhension du fonctionnement de l'établissement
- Réaliser un questionnaire de satisfaction à destination des stagiaires

#### Eléments à prendre en compte

- Textes réglementations quant à la capacité des stagiaires
- Périodes de stage

#### Indicateurs

- Existence de procédures
- Nombre de documents remis aux stagiaires
- Nombre de conventions avec les organismes de formation



## Fiche action 11

**Nom de l'action : Ressources Humaines – Gestion des emplois et des compétences**

<b>Responsable du projet</b>	Direction et Directeur RH
<b>Echéance finale</b>	2020
<b>Composition du groupe de travail</b>	Direction, Directeur RH, équipe cadres
<b>Rappel de la problématique</b>	L'histoire religieuse et rurale de l'établissement a marqué l'identité du site. Fort de cet héritage, la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf doit poursuivre la professionnalisation des équipes, la formalisation des pratiques ainsi que l'ouverture et l'attractivité de l'établissement.

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Poursuivre la professionnalisation des équipes par le biais des formations et autres leviers, en lien avec les orientations de l'établissement et les nouvelles compétences à acquérir
- Clarifier les missions de chaque professionnel par l'élaboration systématique de fiches de postes
- Anticiper les départs à la retraite et l'arrivée de nouvelles professions
- Poursuivre la démarche des entretiens individuels professionnels

#### Eléments à prendre en compte

- Etablissement situé en zone rurale qui peut limiter l'attractivité de l'emploi
- Ancienneté des salariés et peu de turn over
- Populations accueillies et évolutions des pathologies

#### Indicateurs

- Nombre de formations
- Nombre de fiches de postes validées
- Indicateurs RH (ancienneté dans la profession, dans les services, départs à la retraite...)
- Nombre d'entretiens professionnels réalisés



## Fiche action 12

**Nom de l'action : Gestion des risques**

<b>Responsable du projet</b>	Direction
<b>Echéance finale</b>	2021
<b>Composition du groupe de travail</b>	COFIL qualité
<b>Rappel de la problématique</b>	La cartographie des risques a été établie au niveau de l'Association. Certains des items doivent être déclinés et suivis au sein des établissements

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Développer la démarche PRAP
- Poursuivre l'évaluation des risques professionnels dans le cadre du CHSCT et du document unique des risques professionnels
- Identifier les principaux risques concernant l'accompagnement des résidents (sécurité incendie, risque fugue, gestes urgence, violence...)
- Finaliser le plan bleu
- Poursuivre la démarche gestion des risques-hygiène
- Poursuivre la démarche CREX et l'information des salariés sur les FEI

#### Eléments à prendre en compte

- Démarche « gestion des risques » récente
- Culture de l'écrit

#### Indicateurs

- Nombre de réunions PRAP et CREX
- Nombre de FEI
- Nombre de fiches actions en lien avec la gestion des risques



## Fiche action 13

**Nom de l'action : Système d'information**

<b>Responsable du projet</b>	Administrateur réseau et système
<b>Echéance finale</b>	2019
<b>Composition du groupe de travail</b>	Néant
<b>Rappel de la problématique</b>	L'établissement rencontre des difficultés de connexion, de lenteur et d'accès réseau. La culture informatique se développe. La sécurité informatique doit être accentuée.

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Améliorer la connexion et l'accès réseau
- Mettre à disposition des professionnels des accès facilités et des outils informatiques adaptés et performants
- Former les professionnels à l'utilisation de l'informatique
- Mener une réflexion sur l'application des recommandations CNIL
- Rédiger une procédure en mode dégradée

#### Eléments à prendre en compte

- Difficultés de connexion informatique et manque de fiabilité du système
- Projet architectural
- Culture informatique en développement

#### Indicateurs

- Présence d'une procédure en mode dégradée
- Nombre de professionnels formés
- Nombre d'investissements





## Fiche action 14

**Nom de l'action : Dossier du résident**

<b>Responsable du projet</b>	Cadre de santé, pôle qualité
<b>Echéance finale</b>	2020
<b>Composition du groupe de travail</b>	Groupe de travail « dossier »
<b>Rappel de la problématique</b>	La procédure de constitution et d'archivage des dossiers n'est pas formalisée. L'architecture des dossiers est hétérogène d'un secteur à l'autre. La partie informatisée est insuffisamment renseignée

**Etapas du projet**

**Actions à mener**

- **Constituer un groupe de travail sur la base des préconisations issues du groupe de travail associatif**
- **Définir une architecture de dossiers**
- **Rédiger une procédure de constitution et d'archivage du dossier**
- **Rédiger une procédure « communication du dossier » et s'assurer du respect de la réglementation (livret d'accueil, règlement de fonctionnement...)**
- **Mener une réflexion associative sur l'acquisition d'un nouveau logiciel « dossier résidents »**

**Éléments à prendre en compte**

- **Interventions de plusieurs professionnels avec des parties de dossiers éclatées sur les sites**
- **Peu de culture de l'écrit**
- **Difficultés de connexion informatique et manque de fiabilité du système**

**Indicateurs**

- **Rédaction d'une procédure**
- **Nombre de réunions du groupe de travail**
- **Nombre d'audits dossier**



## Fiche action 15

**Nom de l'action : Poursuivre la démarche qualité**

<b>Responsable du projet</b>	Direction et pôle qualité
<b>Echéance finale</b>	En continu
<b>Composition du groupe de travail</b>	COFIL qualité
<b>Rappel de la problématique</b>	L'établissement s'est engagé depuis 2015 dans la formalisation de la démarche qualité. La culture qualité est à développer, en lien avec la nouvelle organisation « qualité » du siège.

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- **Poursuivre les réunions du COFIL**
- **Suivre le plan d'Amélioration Continue de la Qualité**
- **Réaliser des audits « évaluation des pratiques » en lien avec le pôle qualité**
- **S'engager dans la démarche d'évaluation interne (2018)**
- **Informier régulièrement les professionnels des démarches engagées et favoriser l'accessibilité aux informations**
- **Consolider la légitimité des référents qualité et leurs actions**
- **Suivre les indicateurs**
- **Poursuivre la formalisation des procédures au format qualité**
- **Poursuivre la démarche bienveillance**

#### Éléments à prendre en compte

- **Peu de culture de l'écrit**
- **Démarche qualité récente au niveau de l'Association**
- **Demande très forte d'implication dans la démarche de la part des administrateurs et du Directeur Général**

#### Indicateurs

- **Nombre de réunions du COFIL**
- **Nombre de fiches actions**
- **Indicateurs qualité...**



## Fiche action 16

**Nom de l'action : Ressources Humaines – qualité de vie au travail**

<b>Responsable du projet</b>	Direction
<b>Echéance finale</b>	2021
<b>Composition du groupe de travail</b>	Groupe de travail « qualité de vie au travail »
<b>Rappel de la problématique</b>	

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Mener une enquête « qualité de vie au travail »
- Poursuivre l'évaluation des risques professionnels dans le cadre du document unique professionnel (notamment sur la manutention, gestes et postures et les risques psycho-sociaux)
- Proposer des temps d'analyse de pratiques et/ou supervision
- Répondre, dans la mesure du possible, aux attentes des salariés, exprimées notamment lors des entretiens professionnels (en termes de formation, d'évolution, de mobilité...)
- Poursuivre la formation des cadres aux méthodes de management
- Mener une réflexion sur la gestion des situations d'agressivité et de violence

#### Éléments à prendre en compte

- Eclatement géographique des unités
- Ancienneté des salariés
- Evolution des populations accueillies

#### Indicateurs

- Nombre d'arrêts de travail/accidents de travail
- Nombre d'évènements indésirables
- Taux de retour des enquêtes
- Nombre de formations cadres et non cadres

## Fiche action 17

**Nom de l'action : Faciliter la communication interne**

<b>Responsable du projet</b>	Direction
<b>Echéance finale</b>	2019
<b>Composition du groupe de travail</b>	Chefs de service, un représentant par service
<b>Rappel de la problématique</b>	L'évaluation externe a identifié des difficultés de communication interne

### Etapes du projet

#### Actions à mener

- Répondre aux questionnaires communication adressés aux professionnels (2016) en clarifiant les actions mises en place ou à réaliser
- Créer une commission avec des représentants des services
- Faciliter les échanges d'information notamment par l'utilisation d'outils et de supports téléphoniques et informatiques
- Poursuivre la démarche de présentation des vœux et projets
- Clarifier le circuit de l'information concernant les différentes notes de service et d'information
- Améliorer l'utilisation de l'outil excel indiquant les thèmes à aborder en réunion de service

#### Éléments à prendre en compte

- Diversité des qualifications et secteurs, planning
- Eclatement géographique du site
- Difficultés accès réseau
- Ecart de niveau de maîtrise de l'outil informatique

#### Indicateurs

- Nombre de réunions
- Nombre de personnels formés
- Nombre de compte rendus de réunions de service



## GLOSSAIRE

Anesm	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
AMP	Aide Médico-Psychologique
ASL	Agent de Service Logistique
AS	Aide Soignant
ARS	Agence Régionale de Santé
BPJEPS	Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'éducation Populaire et du Sport
CCE	Comité Central d'Entreprise
CCN	Convention Collective Nationale
CH	Centre Hospitalier
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Medico-Psychologique
COFIL	Comité de Pilotage
CREAI	Centre Régional
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CVS	Conseil de la Vie Sociale
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EMASP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ERP	Evaluation Risque Professionnel
ES	Educateur Spécialisé
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FV	Foyer de Vie
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	Groupe Moyen Pondéré
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HAD	Hospitalisation A Domicile
IDE	Infirmier
IME	Institut Médico-Economique
MA	Moniteur d'Atelier
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées



ME	Moniteur Educateur
MR	Maison de Retraite
MRS	Maison de Retraite Spécialisée
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PRAP	Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
PVI	Projet de vie Individualisé
RABC	Risk Analysis and Biocontamination Control
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
RH	Ressources Humaines
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UPHV	Unité Personnes Handicapées Vieillissantes

