



RESIDENCE DEPARTEMENTALE
D'ACCUEIL ET DE SOINS



PROJET D'ETABLISSEMENT 2018-2022



SOMMAIRE

	pages
Introduction	3
Présentation de la RDAS	3
Missions de la RDAS	4
Implantation géographique de la RDAS	4
Profils des publics accueillis	5
Bilan du projet d'établissement précédent	10
La RDAS dans son territoire	10
La RDAS et la nouvelle gouvernance	11
Diagnostic stratégique de la RDAS.....	11
Démarche d'élaboration du projet d'établissement et son évaluation.....	12
Schémas medico-sociaux et sanitaires.....	12
Contexte réglementaire et financier	13
Principes d'action.....	14
Politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance	14
Participation et expression des usagers	16
Personnalisation de l'accompagnement dans le cadre du Projet Personnel Individualisé	16
Place des familles, des aidants et de l'entourage	17
Offre de services et de prestations	18
Socle de prestations communes RDAS	18
Accompagnement des résidents.....	18
Admission	18
Orientations médicales et thérapeutiques	18
Prestations médico techniques	23
Pharmacie à usage intérieur	23
Soins de rééducation	23
Accompagnement psychologique	23
Prestations supports.....	24
Restauration.....	24
Blanchisserie-lingerie et service intérieur	24
Services techniques	25
Entretien des locaux	25
Coiffure.....	25
Administration.....	25
Système d'information et informatique	26
Socle de prestations par site.....	28
Soutien des aidants en gérontologie	28
Consultation Mémoire	28
Plateforme de répit et d'accompagnement des aidants	28
Accueil temporaire	28
Accompagnement des actes de la vie quotidienne et de maintien de l'autonomie	29
Démarche éducative	30
Participation à la vie sociale et ouverture vers l'extérieur.....	31
Epanouissement personnel	32
Dynamique du travail en équipe.....	33
Projet qualité et gestion des risques.....	36
Projet social.....	38
Fiches objectifs structurants retenus dans le cadre du Projet d'Etablissement	42
LEXIQUE.....	51
Annexes	

INTRODUCTION

Le Projet d'Etablissement 2018-2022 définit les orientations stratégiques de la RDAS pour les 5 ans à venir.

Ce projet a été réalisé en articulation avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Ce projet inscrit la structure dans une perspective de territoire, d'adaptation, et d'évolutions.

La réalisation des projets précédents a permis à la RDAS de progresser dans l'offre de services et de prestations proposées aux résidents.

Le Projet d'Etablissement se veut dynamique tout en prenant en compte les exigences liées aux réformes médico-sociales en cours, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé publique et les contraintes internes de l'établissement.

▣ PRESENTATION DE LA RDAS

La Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon est une structure médico-sociale publique autonome départementale.

Elle gère :

➤ **un pôle Personnes âgées** implanté à Mâcon, de 221 lits et places autorisées :

☞ 121 lits et places en EHPAD « classique »

▫ L'Héritan : bâtiment de 2000 sur 2 niveaux composé de 68 chambres individuelles et de 16 chambres doubles soit 100 lits dont 3 places d'hébergement temporaire.

▫ Petite Unité de vie Agate : 11 lits et 1 place d'hébergement temporaire, construite en 2011.

▫ Accueil de jour : 10 places.

▫ Une Consultation Mémoire et une Plateforme de répit et d'accompagnement des aidants

☞ 87 lits en EHPAD « spécialisé » dédiés à l'accueil des personnes handicapées mentales âgées répartis de la manière suivante :

▫ Les Cèdres : bâtiment du 18^{ème} siècle, rénové en 2017, comportant 51 chambres individuelles.

▫ Les Cadoles : unité datant des années 80 actuellement de 36 lits.

Deux Petites Unités de vie de 24 lits seront constituées par redéploiement de lits de l'EHPAD classique, la capacité globale de l'EHPAD de 221 lits et places restant inchangée.

➤ **un pôle Personnes en situation de handicap** situé à Charnay-les-Mâcon, de 164 lits et places qui comprend :

☞ 50 lits et places en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) « Les Bruyères », construit en 2011

☞ 104 lits et places en Foyer de Vie « Les Luminaires », réhabilité en 2015-2017

☞ 10 places d'Accueil de jour

➤ **un pôle logistique, administratif, technique et médico technique** sur le site de Mâcon

☐ MISSIONS DE LA RDAS

La RDAS est constituée de structures médico-sociales dont les missions sont définies par différents textes juridiques :

- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- L'article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

« L'EHPAD accueille des personnes âgées et apporte une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.

Le FAM, le Foyer de vie et l'Accueil de jour accueillent des adultes en situation de handicap mental et/ou psychique, des personnes atteintes de pathologies chroniques, pour lesquelles il est proposé un accompagnement médico-social basé sur les liens sociaux, les activités socio culturelles et thérapeutiques, les prestations de soins et une volonté de faire participer les personnes accueillies aux choix qui les concernent. »

☐ IMPLANTATION GEOGRAPHIQUE DE LA RDAS

FAM Les Bruyères, RDAS
760, Chemin des Bruyères
71850 CHARNAY-LES-
MACON

Foyer Les Luminares,
Accueil de jour
RDAS
675, Chemin des Luminares
71850 CHARNAY-LES-
MACON



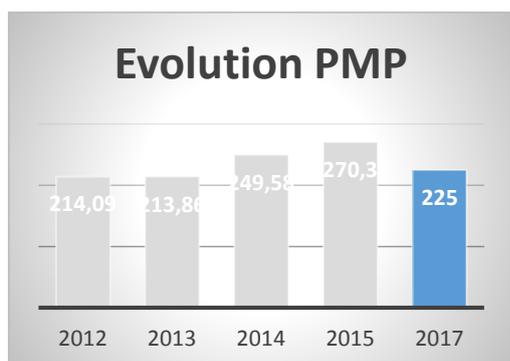
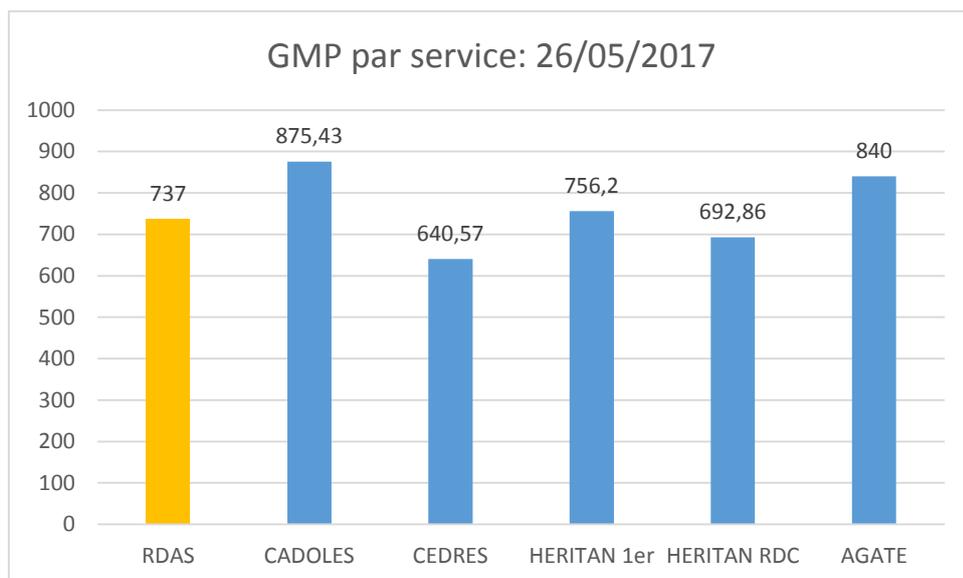
EHPAD
Résidence Départementale
d'Accueil et de Soins
Impasse Jean Bouvet
71000 MACON

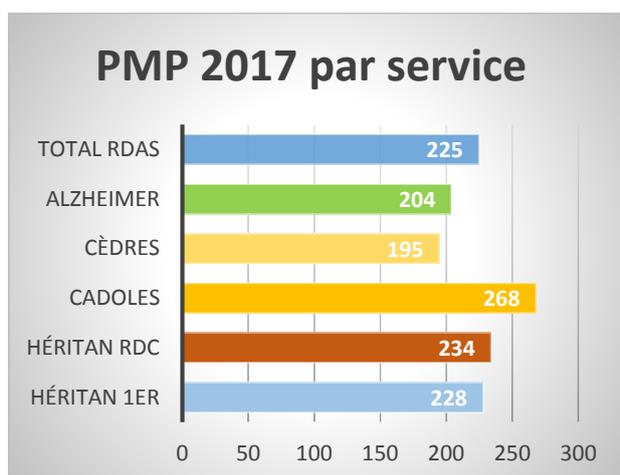
▣ PROFILS DES PUBLICS ACCUEILLIS

Les caractéristiques socio démographiques et les profils des résidents accueillis sur les différents sites sont les suivants :

EHPAD

Gir Moyen Pondéré (GMP) et Pathos Moyen Pondéré (PMP) issus de la coupe réalisée en juin 2017

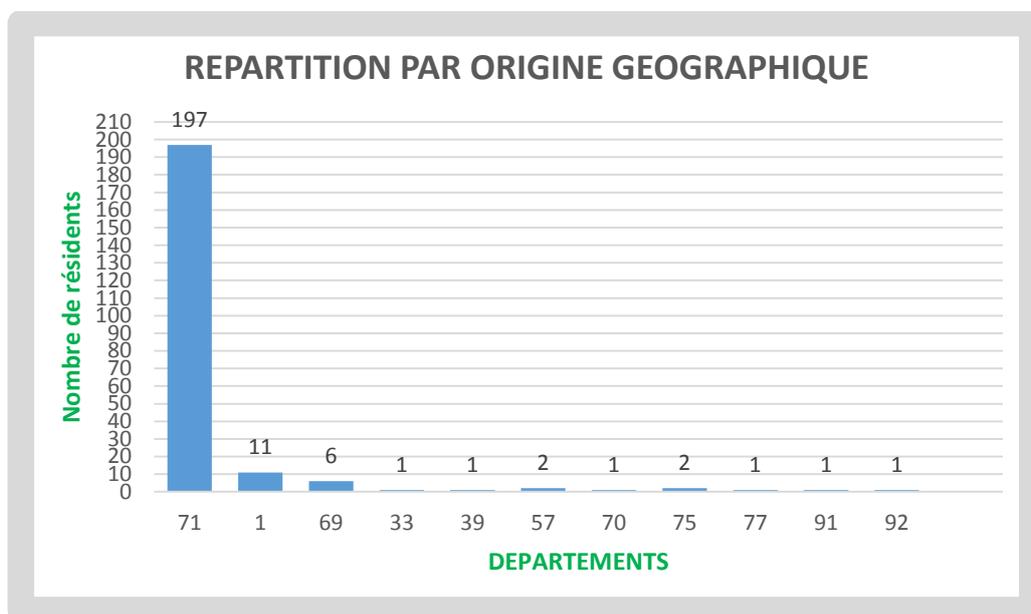




Profil des résidents de l'EHPAD

	EHPAD classique	Petite unité de vie	EHPAD spécialisé
Age moyen	89 ans	84 ans	74 ans
Sexe	78% femmes 22% hommes	73% femmes 27% hommes	52% femmes 48% hommes
GPP les plus fréquents (COUPE PATHOS 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • GPP 6 ---> Déments susceptibles d'être perturbateurs • GPP8: Situations chroniques stabilisées • GPP9: Autres situations non SMTI ---> Troubles psycho comportementaux PEC par équipe (P2) et PEC rééducative (R2) 	<p>GPP 6 ---> Déments susceptibles d'être perturbateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • GPP5: Autres situations SMTI ---> Equilibration de traitement, Surveillance rapprochée, Haut risque de rechute (Profil T2)(Beaucoup de PEC en lien avec trouble de déglutition sévère) • GPP8: Situations chroniques stabilisées • GPP9: Autres situations non SMTI ---> Troubles psycho comportementaux PEC par équipe (P2) et PEC rééducative (R2)

Origine géographique des résidents de l'EHPAD-2017



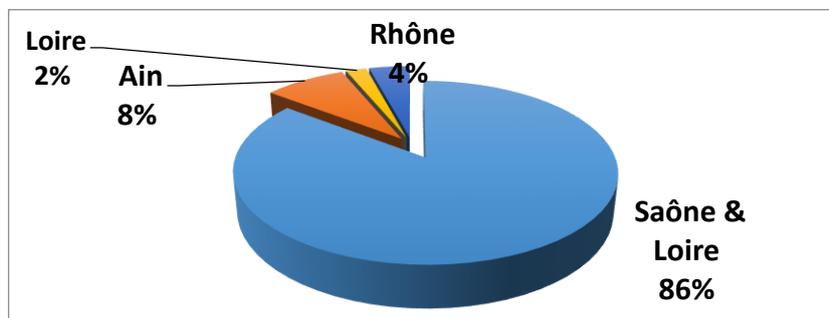
FOYERS

Profil des résidents accueillis au sein des foyers

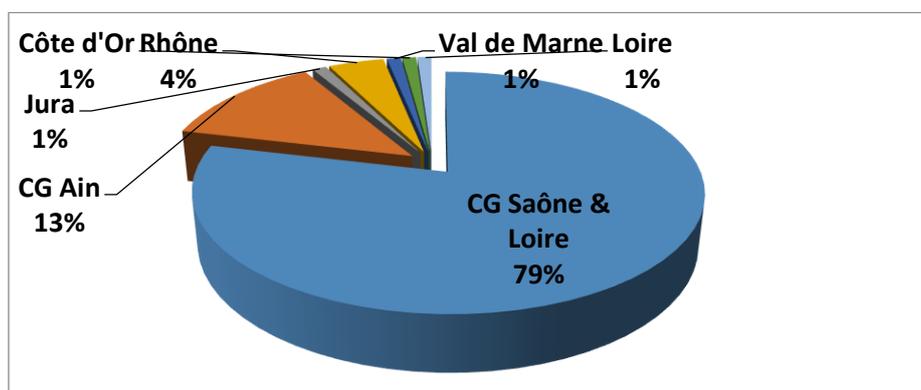
	FOYER LES LUMINAIRES	FOYER LES BRUYERES
Age moyen	48 ans	47 ans
Sexe	44 % femmes 56 % hommes	54% femmes 46% hommes
Principales provenances	18,09 % du domicile ou milieu ordinaire 23,40 % d'un établissement de santé 45,32 % d'un établissement médico-social 3,19% en provenance inconnue	38,78% du domicile ou milieu ordinaire 16,33% d'un établissement de santé 44,90% d'un établissement médico social
Profil – Deux diagnostics principaux	59,05 % des adultes avec une déficience intellectuelle 20,95 % des adultes avec des troubles psychiques	66,67% des adultes avec une déficience intellectuelle 21,05 % des adultes avec des troubles psychiques

Accueil de jour : les 2 diagnostics principaux sont la déficience intellectuelle (76,82%) et les troubles psychiques (23,08%). Age moyen : 34 ans.

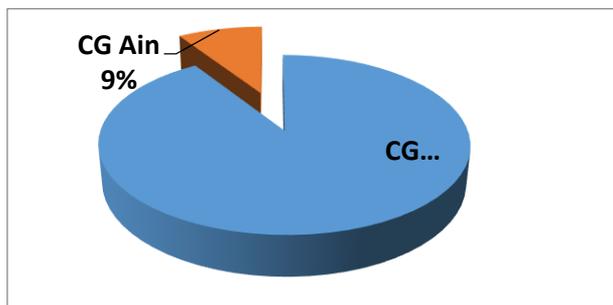
Origine géographique des résidents présents du FAM au 31/12/2017



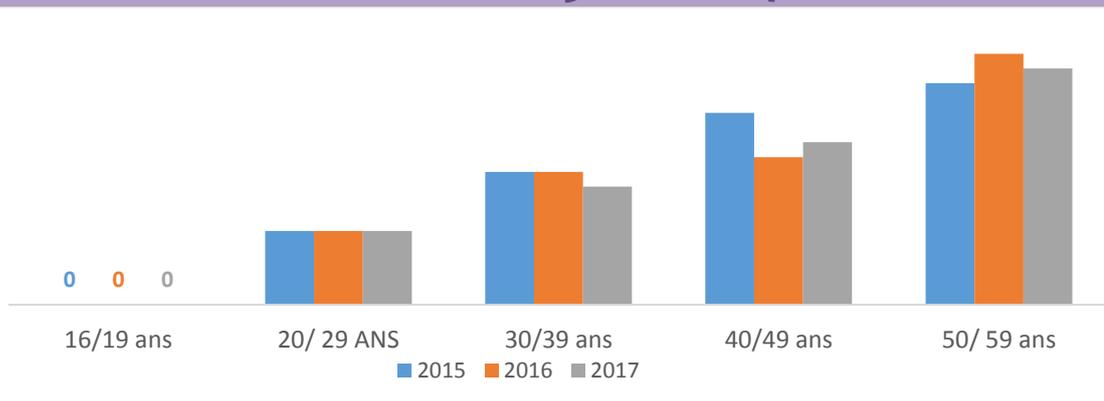
Origine géographique des résidents présents du FOYER DE VIE au 31/12/2017



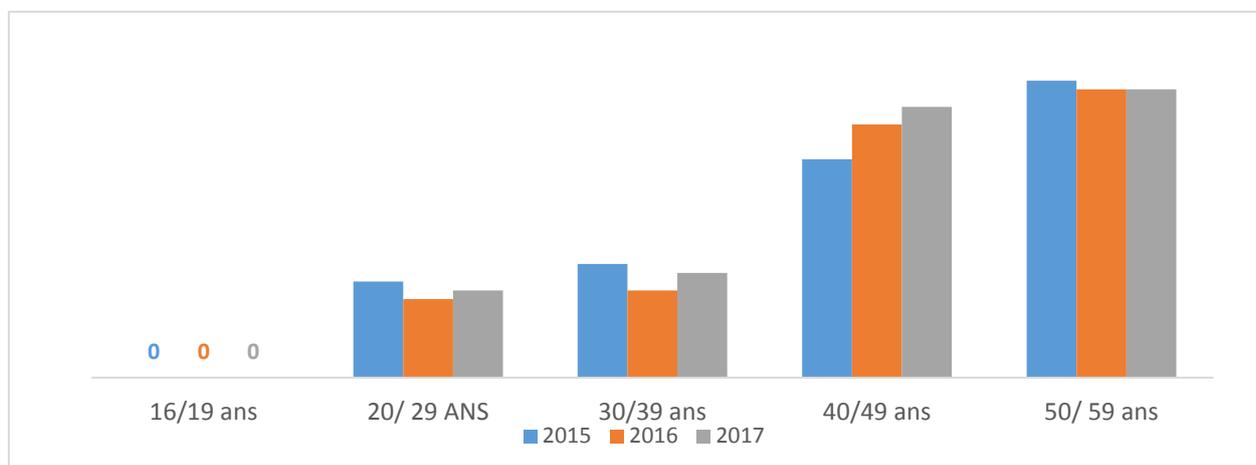
Origine géographique des résidents présents à l'Accueil de jour du FOYER DE VIE et du FAM AU 31/12/2017



Evolution par tranche d'âge des Résidents accueillis au FAM ANNEES 2015-2016-2017



Evolution par tranche d'âge des Résidents accueillis au FOYER DE VIE ANNEES 2015-2016-2017



▣ D'UN PROJET A L'AUTRE...LE BILAN DU PROJET D'ETABLISSEMENT PRECEDENT

Les avancées importantes sont les suivantes :

- La construction de 3 petites unités de vie de 12 lits ;
- La rénovation du Foyer « Les Luminaires » et de l'unité des Cèdres ;
- La formalisation de l'individualisation de l'accompagnement ;
- La poursuite de la politique d'informatisation : SAM, BlueKango, KERIO, HESTIA, etc.

▣ LA RDAS DANS SON TERRITOIRE

Le Projet d'Etablissement entend inscrire la RDAS dans une démarche de territoire et poursuivre les partenariats, déjà bien ancrés dans les pratiques des professionnels, au travers :

- des conventions dans le cadre des plans nationaux (plan bleu, etc...) ;
- des conventions avec de nombreux acteurs locaux permettant l'ouverture de la RDAS sur l'extérieur ;
- de son adhésion au Groupement de coopération sociale et médico-sociale des EHPAD du Sud Bourgogne dont les objectifs sont de :
 - Développer un projet médico-social de territoire ;
 - Mettre en œuvre des achats groupés ;
 - Partager des compétences spécifiques ;
 - Mutualiser les contraintes administratives.
- de la convention de partenariat entre le Centre Hospitalier de Mâcon et les ESSMS du sud 71 qui a défini les axes de réflexion suivants :
 - Améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap afin d'éviter les ruptures dans le parcours de vie et de soins des résidents des ESSMS en développant des séjours de répit, de rupture, d'apaisement et d'observations et d'évaluation ;
 - Réhabiliter les patients hospitalisés en unité de psychiatrie adulte, en attente de place dans un établissement médico-social et ne nécessitant plus d'hospitalisation ;

- Sensibiliser et former les professionnels des ESSMS et du Centre Hospitalier en développant les formations communes et les stages croisés

▣ LA RDAS ET LA NOUVELLE GOUVERNANCE

La RDAS est en direction commune avec l'EHPAD de Romanèche-Thorins, 60 lits, depuis le 1^{er} janvier 2016.

L'ouverture de l'EHPAD de VIRE de 90 lits, prévue en septembre 2020, devrait s'inscrire également dans l'organigramme de la RDAS.

Les perspectives dans le cadre de ces différentes directions communes sont les suivantes :

- Harmonisation progressive des outils et méthode de travail ;
- Organisation administrative territoriale ;
- Développement de formations communes, etc...

A terme, la fusion devrait se substituer au mode actuel de gouvernance.

▣ DIAGNOSTIC STRATEGIQUE DE LA RDAS

La réflexion du Projet d'Etablissement s'appuie sur un diagnostic stratégique partagé par l'ensemble des acteurs autour des forces et des faiblesses suivantes :

✚ Les forces de la RDAS :

- La diversité de l'offre ;
- L'ancrage de l'établissement dans son territoire ;
- La situation géographique de ses structures ;
- La personnalisation des accompagnements ;
- La présence de compétences variées (ergothérapeutes, psychologues, psychomotricienne, qualicienne, etc...) ;
- La tenue de groupes d'analyse de la pratique sur l'ensemble des sites ;
- L'accueil de stagiaires dans tous les secteurs d'activité ;
- La motivation des équipes ;
- L'encadrement de proximité ;
- La maîtrise du taux d'absentéisme ;
- L'implication du corps médical ;
- La télémédecine (dermatologie, consultation psycho-gériatrie) ;
- L'animation est un point fort de la RDAS. Des moyens y sont consacrés permettant d'assurer une prestation d'animation de la vie sociale adaptée, de qualité et reconnue par l'ensemble des résidents de la RDAS.
- La qualité du bâti ;
- L'ouverture de la RDAS vers l'extérieur ;
- La présence d'associations de bénévoles ;
- Le respect des équilibres financiers.

✚ Les faiblesses de la RDAS :

- La fragilité des dispositifs de la Consultation Mémoire et de la Plateforme de répit ;
- L'insuffisance de l'offre locale de la psychiatrie ;
- La convergence tarifaire négative.
- Le dispositif des contrats aidés

DEMARCHE D'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT ET SON EVALUATION

Le Projet d'Établissement, outil de pilotage interne, traduit la volonté de réunir dans un seul et même document :

- Les valeurs et les missions de l'établissement ;
- Les spécificités des publics accueillis ;
- Les objectifs à 5 ans de l'établissement.

▣ SCHEMAS MEDICO-SOCIAUX et SANITAIRES

Les objectifs du projet d'établissement de la RDAS ont été définis dans le respect des orientations qualitatives du projet de schéma régional de santé BFC et du schéma départemental de l'Autonomie.

ORIENTATIONS DU SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE 2016-2018 DE SAONE ET LOIRE

- Améliorer le repérage des situations de fragilité et promouvoir la bientraitance en établissement ;
- Soutenir les proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- Accompagner l'évolution des pratiques et favoriser le développement des compétences professionnelles ;
- Mobiliser les acteurs autour de la mise en œuvre des préconisations de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » ;
- Renforcer la coordination entre les secteurs social, sanitaire et médico-social ;
- Faciliter les passerelles entre établissements et services médico sociaux ;
- Simplifier les démarches d'admission au sein des établissements médico sociaux pour les usagers.

ORIENTATIONS GENERALES DU PROJET DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE BFC

- Améliorer le repérage des situations de fragilité et promouvoir la bientraitance en établissement ;
- Soutenir les proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- Accompagner l'évolution des pratiques et favoriser le développement des compétences professionnelles.

Personnes Agées :

- Adapter l'offre de prise en charge en établissement médico-social à l'augmentation de l'âge et la dépendance à l'entrée, consécutive au renforcement du soutien à domicile ;
- Structurer les filières gériatriques sur le territoire pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences ;
- Lutter contre la poly-médication inappropriée des personnes âgées ;
- Faciliter la coordination et la coopération des acteurs ;
- Reconnaître la personne âgée dans son parcours.

Personnes Handicapés

- Favoriser le repérage, le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement le plus précocement possible et améliorer l'annonce ;
- Assurer un accompagnement individuel adapté et coordonné de la personne handicapée ;
- Rendre effectif le droit des personnes ;
- Renforcer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap ;
- Rendre la société plus accueillante et plus inclusive ;
- Accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap et la fin de vie ;
- Soutenir et accompagner les familles et les proches aidants ;
- Former et accompagner au changement les professionnels ;

☐ CONTEXTE REGLEMENTAIRE ET FINANCIER

C'est dans le nouveau contexte créé par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015 que la RDAS a mené sa réflexion sur son Projet d'Etablissement 2018-2022.

Ainsi, les grands principes de la réforme tarifaire sont les suivants :

- Une logique de recettes et de tarification à l'activité avec la mise en place de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) ;
- La convergence tarifaire et l'introduction de taux cibles d'activité ;
- La définition réglementaire d'un socle de prestations minimales d'hébergement et les conséquences qui en découlent.

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET :

L'élaboration du Projet d'Etablissement a reposé sur :

- ✚ Les groupes de travail pluridisciplinaires représentatifs des professionnels des services des différentes structures sur la base des 8 thèmes de l'ANESM : l'accompagnement à l'épanouissement personnel, à la vie sociale, éducatif, dans les actes de la vie quotidienne, le projet personnel individualisé, la dynamique du travail en équipe, les prestations hôtelières et la qualité de vie et l'accompagnement médical et thérapeutique ;
- ✚ Des groupes de travail sur des thématiques spécifiques : projet de soins, projet social.

MODALITES D'EVALUATION DU PROJET :

Les instances représentatives seront garantes de l'évaluation à périodicité annuelle du projet d'établissement.

Les données d'entrée permettant cette évaluation sont les rapports des différentes instances, le plan d'actions qualité, le tableau de suivi des indicateurs qualité.

POLITIQUE DE PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE ET DE PREVENTION DE LA MALTRAITANCE-CHARTRE DES DROITS ET DES LIBERTES EN ETABLISSEMENT

La bientraitance est « une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins ». (Définition de l'ANESM).

La bientraitance est le fil conducteur des accompagnements de chacune des personnes accueillies au sein de la RDAS.

La vulnérabilité de la population accueillie au sein de l'établissement impose à la Direction, à l'encadrement et à toutes les équipes de s'interroger et de définir une politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance.

L'établissement entend, dans le cadre de son Projet d'Etablissement, prioriser la structuration et la formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance qui traduit l'engagement de la Direction à afficher clairement un fond commun d'exigences permanentes pour répondre aux besoins des usagers de manière la plus individualisée possible afin de promouvoir leur bien-être.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement sont incontestablement des étapes importantes en termes de renforcement des droits des usagers.

Conformément aux recommandations de l'ANESM, la mise en œuvre de la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie en établissement est affirmée comme une priorité des professionnels dans l'accompagnement des résidents au quotidien.

Ainsi la RDAS entend au travers de cette politique :

☐ Réaffirmer les valeurs considérées comme principales pour les professionnels de la RDAS :

- L'acceptation et le respect de la singularité et de la dignité de la personne accueillie ;
- Le respect des choix du résident ;
- La liberté d'aller et venir ;
- L'autonomie des personnes accueillies ;
- Le respect des différents cultes.

Ces valeurs sont déclinées au quotidien au travers des différentes phases de l'accompagnement des résidents de l'admission (au travers du consentement de la personne), pendant son séjour et à la sortie.

☐ Favoriser le développement d'une véritable culture de la bientraitance, à travers :

- La présence d'un encadrement de proximité en nombre et de qualité.
- Des actions permettant à l'utilisateur d'être co-auteur de son parcours (en favorisant la liberté de choix, l'accompagnement de l'autonomie, la communication individuelle et collective, le projet personnel individualisé).
- Des mesures garantissant un lien de qualité entre les professionnels et les usagers (la professionnalisation des acteurs, la formalisation du respect de la singularité de la personne, la coordination entre les professionnels).
- Des initiatives permettant à la structure de s'enrichir de toutes les contributions internes et externes (favoriser l'implication de la famille, promouvoir l'expression ...).
- Une organisation et un encadrement réfléchis, dans la perspective de continuité entre la bientraitance des usagers et de leurs proches et le soutien apporté aux professionnels dans l'exercice de leurs missions. (promotion de la parole, accompagnement des professionnels par le biais du développement des compétences, de la formation continue, une réflexion continue sur leurs pratiques, favoriser le questionnement éthique, etc...)

Fiche objectifs n° 1

Les priorités retenues sont les suivantes :

- **Liberté d'aller et venir ;**
- **Réflexion éthique autour du statut d'adulte de la personne accueillie ;**
- **Diversification et personnalisation des méthodes de communication adaptées aux résidents afin :**
 - * **d'améliorer la compréhension des concepts de vouvoiement et de tutoiement par les résidents ;**
 - * **de répondre à leurs besoins et à leurs attentes :**
- **Accès à la justice et la citoyenneté ;**
- **Préservation de la vie affective et sexuelle des personnes accueillies ;**
- **Intégration de la réflexion éthique dans les accompagnements complexes.**

PARTICIPATION ET EXPRESSION DES USAGERS

L'expression des usagers à la RDAS peut être, soit directe par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction ponctuelles, des rencontres annuelles avec les résidents et les familles et du fonctionnement régulier des instances représentatives des usagers, soit indirecte, notamment au travers des fiches d'évènements indésirables.

Un Conseil de la Vie Sociale est installé à l'EHPAD et au Foyer de vie/Accueil de jour, une Instance Participative au FAM.

Un accompagnement des représentants des usagers dans leur rôle de représentation est recherché : organisation de réunions entre les représentants des familles et les familles sur les foyers, formation au rôle des instances participatives et de représentants, etc...

Des réunions préparatoires sont effectuées en amont de chaque instance.

Les instances se tiennent conformément aux recommandations de l'ANESM.

L'organisation de la gestion des plaintes dont l'objectif est d'apporter aux résidents une réponse dans les plus brefs délais est effective.

Fiche objectifs n°2

Les priorités retenues sont les suivantes :

- **Adapter les outils et les supports pour améliorer la compréhension des représentants des résidents ;**
- **Favoriser la désignation de la personne de confiance et organiser le recueil des directives anticipées, notamment par une meilleure information des résidents.**

PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE CADRE DU PROJET PERSONNEL INDIVIDUALISE (PPI)

Le PPI est un outil de réflexion commune et de communication autour de l'accompagnement du résident.

Il est le fil conducteur pour que les pratiques professionnelles s'adaptent aux besoins des résidents accueillis, en tenant compte de leurs histoires de vie, leurs attentes, leur autonomie, leurs dimensions sociales, médicales et affectives et leurs choix de vie, dans le respect de la vie en collectivité.

Les modalités d'élaboration du PPI sont différentes selon les structures :

EHPAD

Le PPI est initié dès la préadmission et complété lors du bilan d'accueil de la personne sur PSI. Ce dernier est établi selon les unités dans les 3 à 6 mois qui suivent l'entrée du résident dans le service, soit en pluridisciplinarité (équipe jour/nuit, assistante sociale, psychologue, responsable d'unité, médecin-coordonnateur, etc...), soit par un binôme AS/IDE.

Le PPI est présenté en relève et décliné dans les différents items de l'outil informatique PSI. Sa réactualisation se fait en fonction des besoins.

FOYER DE VIE, ACCUEIL DE JOUR et FAM

- En hébergement permanent, les PPI prennent en compte les besoins et les attentes des résidents et organisent l'articulation des différents accompagnements (éducatif, soins, socialisation, etc.) sur la base d'une trame élaborée par les foyers dans le logiciel SAM. Deux référents dans l'équipe de proximité sont désignés par résident. Ils deviennent son contact privilégié ainsi que celui de son entourage. Les deux référents préparent en amont, en lien avec le responsable de service, le PPI par le recueil de la parole du résident, de ses besoins (entretiens personnalisés), des bilans d'activités élaborés par les animateurs, du bilan infirmier par l'IDE référente. Les temps de liaison aident également à la préparation de la réunion PPI, en présence de la psychologue référente. Le résident participe à l'élaboration de son PPI. Ces données sont présentées à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire (réunion PPI). La rédaction est finalisée par les responsables d'unité et par les référents. L'évaluation du PPI intervient à une fréquence pré-définie.
- A l'Accueil de jour, le PPI est préparé en amont en rencontre pluridisciplinaire (AMP, ME, psychologue et responsable du service). Le résident et son représentant légal sont présents à la réunion PPI. Sa formalisation s'inscrit dans le logiciel SAM.

Fiche objectifs n°3

La priorité retenue est l'amélioration de l'élaboration et l'évaluation des PPI. Cette réflexion sera conditionnée au changement du logiciel de dossiers des résidents de l'EHPAD, changement qui invitera les professionnels à s'interroger également sur la pertinence d'un outil commun entre l'EHPAD et les foyers.

PLACE DES FAMILLES, DES AIDANTS ET DE L'ENTOURAGE

La place des familles résulte d'un juste équilibre qui s'inscrit dans le respect de la volonté de chacun et dans un climat de confiance. La personnalisation de l'accompagnement suppose une communication et un regard croisé entre les équipes et leurs familles tout au long de l'accueil de la personne.

Traditionnellement, la RDAS porte le maintien des liens sociaux des résidents avec leur entourage comme une priorité et entend le poursuivre tout au long de ce nouveau projet d'établissement.

Les priorités retenues sont les suivantes :

- Améliorer l'accueil des familles avec notamment l'aménagement d'espaces de rencontre ;
- Accompagner les familles dans le passage au statut d'adulte de leur enfant ;
- Renforcer la communication avec l'entourage.

OFFRE DE SERVICE ET DE PRESTATIONS

SOCLE DE PRESTATIONS COMMUNES RDAS

ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

ADMISSION

Le processus d'admission est organisé et formalisé de la demande d'admission à l'accueil du résident.

Il s'articule autour de :

- L'étude de la demande par une commission d'admission, installée dans chaque structure ;
- La visite de pré-admission ;
- La mise à disposition des documents de la loi 2002-2 : contrat de séjour/DIPEC, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil ;

Cette étape marque le début de l'accompagnement personnalisé du résident.

Les critères d'admission de chaque structure ont été définis :

- L'EHPAD accueille des personnes âgées de plus de 60 ans valides, semi-valides et dépendantes.
Les entrées s'effectuent au regard des ressources et du « plateau technique » dont dispose l'établissement.
L'Unité Protégée est destinée à des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté, compliqué de troubles psycho-comportementaux dont la sévérité et /ou la persistance compromettent la qualité de vie du résident et sa sécurité et ne sont pas compatibles avec son maintien en EHPAD traditionnel.
- En Foyers et en Accueil de jour, les résidents doivent avoir 20 ans et ne peuvent plus exercer une activité professionnelle.
- Concernant le FAM, il convient de préciser qu'une commission départementale d'harmonisation des admissions en FAM et en MAS a été instaurée ainsi qu'une liste départementale des admissions prioritaires.

ORIENTATIONS MEDICALES ET THERAPEUTIQUES

Le vieillissement des publics accueillis et les poly-pathologies qui en découlent amènent à se ré-interroger sur la place et le contenu des soins dans l'institution.

Les personnes entrent en EHPAD traditionnel à un âge avancé, dès lors où le maintien à domicile a trouvé ses limites pour cause de grande dépendance et/ou de poly-pathologies.

En EHPAD spécialisé et au sein des foyers, le vieillissement et l'évolution des profils des personnes accueillies sont des nouveaux facteurs qui imposent une adaptation et une modification des pratiques professionnelles dans l'accompagnement des personnes.

Enfin, la suppression de la limite d'âge dans les foyers impose à ces derniers de s'adapter à ce public vieillissant.

Dans le cadre de ce Projet d'Etablissement, le choix porte sur la définition d'orientations médicales et soignantes institutionnelles sur l'ensemble de la RDAS, qui seront adaptées en fonction des besoins de la population accueillie.

- **La prévention des chutes :**

Le signalement des chutes est réalisé sur PSI, outil informatique de l'EHPAD. En revanche, sur les foyers, l'outil SAM ne propose pas de fiche de chutes, elles sont donc notifiées dans les cahiers de liaison.

En EHPAD, une évaluation gériatrique est réalisée par le médecin-coordonnateur. A cette occasion, une recherche des causes est menée pour les résidents ayant fait plusieurs chutes.

A l'admission du résident en foyer, l'évaluation du risque est peu mise en place.

Des prises en charge individuelles ou collectives par les ergothérapeutes salariés sont possibles. L'intervention des kinésithérapeutes libéraux se fait sur prescription médicale.

Un groupe de travail sur le thème mobilité et équilibre en EHPAD a débuté en 2016.

L'aménagement de la chambre est recherché en fonction des besoins (matelas au sol, utilisation de lits « bas ».).

La réflexion sur le recours à la contention (bénéfice/risque) et sur le droit au risque s'effectue en interdisciplinarité.

- **La prévention et la prise en charge de la dénutrition :**

Une politique nutritionnelle et alimentaire institutionnelle a défini les modalités de son pilotage et ses objectifs :

- Organiser la restauration collective en tant que prestation logistique dans le respect de l'hygiène et de la sécurité alimentaire ;
- Poursuivre la politique de prévention et de prise en charge de la dénutrition ;
- Améliorer la prestation hôtelière autour du repas.

Un comité de suivi a été mis en place et se réunit deux fois par an.

L'établissement dispose d'un temps plein de diététicien.

La sensibilisation des équipes et des responsables à la prévention et la prise en charge de la dénutrition a eu lieu par le binôme Médecin coordonnateur/Diététicien sur l'EHPAD.

Sur les foyers, cette sensibilisation reste à faire.

La mise en œuvre des recommandations est disparate selon les services en EHPAD.

Le suivi du poids s'effectue tous les 3 mois au FAM et 2 fois par an au Foyer de vie sauf en cas de perte ou de prise de poids significative où les modalités de suivi seront adaptées.

La mise à disposition de matériel de pesée adapté est en cours de finalisation en EHPAD.

Une politique d'enrichissement et l'utilisation des compléments alimentaires sont proposées en fonction des besoins.

Des fiches de suivi alimentaire sont mises en place si besoin.

Des indicateurs de suivi sont mis en place.

Des protocoles sur la stratégie de la prise en charge du statut nutritionnel et sur les modalités de prescription des CNO feront l'objet d'un groupe de travail IDE et seront validés en COPIL.

- **La prise en charge des escarres :**

Les équipes professionnelles sont sensibles et vigilantes à la prévention des escarres.

L'échelle BRADEN est disponible dans PSI. Cette grille d'évaluation n'est pas connue des équipes professionnelles et n'est pas utilisée. Elle est utilisée par le médecin-coordonnateur dans le cadre des évaluations gériatriques standardisées.

En revanche, sur les foyers, aucune échelle n'est disponible sur SAM.

Il existe des téléconsultations en dermatologie avec le CH de Mâcon.

Deux ergothérapeutes interviennent dans l'ensemble des unités de l'EHPAD et du FAM (conseils sur l'utilisation ou le choix du matériel de prévention, participation à l'évaluation

pluridisciplinaire en cas de retour d'hospitalisation ou en cas de problèmes médicaux, intervention lors des réunions paramédicales des foyers, etc...).

Du matériel et des dispositifs médicaux sont mis à disposition sur l'EHPAD et le FAM :

- Coussins de positionnement ;
- Matelas à mémoire de forme et matelas à air ;
- Gamme de pansements pour tous les stades délivrés par la PUI de l'établissement

Concernant le Foyer de vie, le recours à la pharmacie de ville et à des prestataires extérieurs est effectué en fonction des besoins.

Des conventions sont passées avec l'EMASP et l'HAD. Ces professionnels interviennent sur demande du médecin pour compléter la prise en soins effectuée en interne.

- **La prévention et la prise en charge de la douleur :**

Les équipes professionnelles de l'EHPAD sont formées à l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Les échelles de mesure de la douleur sont connues des équipes professionnelles et utilisées via PSI : ALGOPLUS, DOLOPLUS, ECPA, etc... La douleur psychique est également prise en compte.

En revanche, l'outil SAM ne propose pas d'échelles de mesure, il existe peu d'échelles adaptées au handicap. Néanmoins, l'observation au quotidien par les professionnels permet d'évaluer la douleur, avec les difficultés inhérentes à la population accueillie (aucun langage, etc.).

Le Kalinox n'est pas disponible sur les foyers.

La prise en charge de la douleur fait l'objet d'une procédure formalisée (2 protocoles dans BlueKango).

Une convention est signée avec l'EMASP du Centre Hospitalier de Mâcon, qui est sollicitée en fonction des besoins.

- **Prise en charge des troubles psycho-comportementaux :**

L'EHPAD dispose d'une Unité de Vie Protégée de 12 lits dont 1 lit d'accueil temporaire.

L'établissement peut recourir :

- à l'équipe mobile de géronto-psychiatrie, à l'Unité d'Hébergement Renforcé, au court séjour gériatrique du Centre hospitalier de Mâcon ;
- à l'Unité cognito-comportementale du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse ;
- à la plateforme téléphonique ALLO Gériatrie de Résoval ;
- aux téléconsultations avec le CHU de Dijon (uniquement en EHPAD) ;
- à la Consultation Mémoire du Mâconnais et à la Plateforme de répit et d'accompagnement des aidants ;
- au partenariat entre le Centre Hospitalier et les ESSMS 71 dans le cadre de la Commission Technique d'Etude et de Régulation.

L'établissement dispose également de compétences de psychologues et d'ergothérapeutes.

Les échanges sur les troubles psycho-comportementaux des résidents ont lieu dans le cadre de la « grande » relève hebdomadaire en EHPAD, de la réunion interdisciplinaire hebdomadaire au FAM et en relève en présence de l'infirmière une fois par semaine au FLL.

L'échelle NPI-ES est utilisée en EHPAD.

Sur les foyers, des rencontres pluridisciplinaires peuvent être organisées en cas de situations de crises, en présence éventuelle des tuteurs.

En période de crise, la prise en charge non médicamenteuse est privilégiée (technique d'apaisement) avant le recours aux médicaments.

- **L'accompagnement des personnes en fin de vie :**

La volonté d'accompagner les personnes jusqu'au bout de la vie est une priorité des professionnels de l'EHPAD.

La prise en charge palliative des personnes est alors définie en équipe pluridisciplinaire en lien avec les médecins, le résident et l'entourage.

Un accompagnement spécifique est établi : soins de confort et de bien-être, soutien psychologique, aides techniques adaptées, traitements de la douleur, alimentation plaisir, respect des souhaits, etc...

Une réflexion est en cours pour favoriser les directives anticipées pour les personnes qui le souhaitent. Sur le FAM, en fonction des besoins, elles peuvent être formalisées à la demande du médecin en lien avec les tuteurs et les familles, conservées dans le dossier médical et notifiées sur les fiches d'urgence.

L'EMASP et l'HAD sont sollicitées en fonction des situations.

Les équipes des foyers expriment un besoin de formation.

La présence de l'aumônier est un point fort que les équipes ont souligné.

Fiche objectifs n°4

Les priorités institutionnelles retenues sont les suivantes :

Prévention des chutes :

- Sensibiliser et former les équipes sur le thème des chutes [Prévention et conséquences (psychiques et physiques)];
- Développer les pratiques d'évaluation ;
- Améliorer la prise en compte des causes de chutes par l'analyse des signes repérés et la recherche de réponse en équipe pluridisciplinaire ;
- Améliorer la traçabilité des chutes aux foyers.

Prévention et prise en charge de la douleur :

- Sensibiliser et former les équipes ;
- Développer l'utilisation des méthodes non pharmacologiques de prise en charge de la douleur ;
- Développer les pratiques d'évaluation de la douleur ;
- Développer les pratiques de traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du résident ;
- Mettre en place le MEOPA dans les foyers, en présence du médecin.

Prévention et prise en charge des escarres :

- Sensibiliser et former les équipes à la prise en charge des escarres (sur les 2 axes : prévention et traitement) ;
- Développer les pratiques d'évaluation du risque d'escarre par l'utilisation d'échelle ;
- Développer les pratiques de traçabilité du suivi des escarres.

Prévention de la dénutrition :

- Sensibiliser et former les équipes à la prévention de la dénutrition et aux troubles de déglutition ;

Prise en charge des troubles psycho comportementaux :

- Sensibiliser les médecins traitants à la juste place des neuroleptiques ;
- Sensibiliser et former les équipes aux vieillissements et troubles associés, à l'utilisation d'échelles d'évaluation, aux thérapies non médicamenteuses, à la maladie Alzheimer et les troubles démentiels ;
- Améliorer le suivi de la prise en charge des troubles psycho-comportementaux ;
- Elaborer un protocole de prise en charge des troubles psycho-comportementaux ;
- Poursuivre le partenariat dans le cadre de la Commission Technique d'Etude et de Régulation (séjour de rupture, séjour de répit, séjour d'observation, formations communes, stages croisés, etc...) et de la télémédecine en psycho-gériatrie ;
- Formation à la prévention du risque suicidaire ;
- Formation en soins relationnels et à la méthode de la validation.

Accompagnement des personnes en fin de vie :

- Sensibiliser et former les équipes à l'accompagnement des personnes en fin de vie ;
- Mettre en œuvre des directives anticipées et de la personne de confiance ;
- Développer des accompagnements non médicamenteux.

Développement de la télémédecine

PRESTATIONS MEDICO TECHNIQUES

PHARMACIE A USAGE INTERIEUR

La RDAS dispose d'une Pharmacie à usage intérieur, dotée d'un 0,5 ETP de pharmacien et de 1,60 ETP de préparateurs, ouverte en semaine.

Ses missions sont la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles de l'EHPAD et du FAM.

S'agissant du Foyer de vie, une convention de partenariat est signée avec une officine de ville, qui assure la préparation des semainiers de chacune des unités d'hébergement.

Des dotations d'urgence sont mises à disposition dans les services. Un partenariat avec une officine de ville est défini pour l'approvisionnement en dehors des heures d'ouverture de la PUI.

SOINS DE REEDUCATION

Des kinésithérapeutes libéraux assurent la prestation sur les 2 sites.

Ces interventions s'effectuent en complémentarité de l'équipe ergothérapeute et psychomotricienne présente sur l'ensemble de la RDAS.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

La Résidence dispose de 3,80 ETP de psychologues dont les missions sont l'accompagnement des résidents et des équipes.

Des ateliers thérapeutiques peuvent être mis en place avec les ergothérapeutes.

PRESTATIONS SUPPORTS

La RDAS dispose de services supports communs à l'ensemble des structures :

RESTAURATION

La cuisine centrale produit 1200 repas journaliers en liaison froide grâce à la présence d'une équipe de 8 cuisiniers ou aides cuisiniers et d'1 responsable.

La démarche qualité HACCP est mise en place.

En services d'hébergement, des Maîtresses de maison assurent les tâches de réchauffe, de service, de nettoyage des salles de restauration et de plonge.

Le service se fait soit en salle de restauration, soit en petit salon, soit en chambre en fonction des unités et de l'état de santé des personnes accueillies.

Les horaires de repas offrent une amplitude adaptée aux rythmes des résidents accueillis.

	EHPAD	FAM	FLL	AJ
Petit déjeuner	A partir de 7h30	7H30-8H30	De 7h30 à 9h	
Déjeuner	12h-13h	1 ^{ER} service : 11h30 2 nd service : 12h	12h-13h	12h-13h
Dîner	18h30-19h30	1 ^{ER} service : 18h30 2 nd service : 19h	19h	

Une collation nocturne est possible sur demande/selon les besoins en EHPAD.

Les menus sont affichés dans les salles de restauration.

Des manifestations sont organisées autour des repas (repas à thème, fête champêtre, etc...) ainsi que des ateliers cuisine (jardins de Cocagne, etc...).

L'entourage a la possibilité de partager son repas avec ses proches.

Les commandes sont informatisées (logiciel Hestia).

Le transport des repas est assuré par l'équipe de restauration.

Un passage des cuisiniers dans les salles de restauration est organisé.

BLANCHISSERIE-LINGERIE et SERVICE INTERIEUR

Le service de Blanchisserie est composé de 7 agents et assure le traitement du linge du résident et les tenues professionnelles. Le linge hôtelier est sous-traité à un prestataire extérieur.

L'étiquetage des vêtements est également assuré par le service à l'entrée du résident et tout au long de son séjour en cas d'achats vestimentaires, permettant également la traçabilité du linge personnel.

Une lingère de la Blanchisserie est référente pour chaque service en EHPAD. Son rôle est d'assurer un suivi de la prestation et de rencontrer régulièrement les équipes pour évoquer les problèmes afin d'améliorer la prestation.

Un service de couture peut être proposé pour des petits accommodages.

Le circuit de distribution du linge est organisé, en lien avec le service intérieur. La distribution est assurée plusieurs fois par semaine en fonction des sites.

Des machines à laver et des sèche linges sont mis à disposition dans certains services pour répondre à des besoins spécifiques.

Le service intérieur est composé de 4 professionnels et d'une personne en contrat Avenir. Ce service assure les missions d'approvisionnement interne, d'entretien des parcs des 3 sites, d'entretien du parc automobile, le courrier et les courses diverses.

Une fonction transport est définie dans l'établissement.

Ces deux services sont managés par un seul responsable.

SERVICES TECHNIQUES

Il est composé de 6 personnes et un responsable avec des compétences spécifiques (plomberie, électricité, sécurité incendie).

Les interventions de ce service s'inscrivent dans une démarche de maintenance préventive et curative des installations, des matériels et des bâtiments de l'ensemble de la RDAS ainsi que dans une politique d'amélioration du cadre de vie des résidents.

Un dispositif d'astreinte et de bons de travaux est mis en place.

La formation incendie est assurée en interne par un agent SIAP.

ENTRETIEN DES LOCAUX

La fonction nettoyage est répartie entre les Maîtresses de maison, les contrats aidés et un prestataire extérieur.

Un mi-temps référent nettoyage est identifié.

COIFFURE

La RDAS met à disposition des salons de coiffure au sein et à l'extérieur des services et une coiffeuse professionnelle.

Fiche objectifs n°5

Les priorités retenues sont les suivantes :

- **Améliorer la politique de maintenance préventive par la mise en place d'un programme de planification d'interventions annuelles ;**
- **Améliorer la fonction Achat ;**
- **Améliorer la politique alimentaire ;**
- **S'interroger sur la composition et les objectifs de la commission repas ;**

ADMINISTRATION

Celle-ci est composée d'un service Ressources Humaines, d'un service Finances, d'un service Economat et Logistiques, d'une qualitiennne, d'un informaticien (0,80 ETP), de deux services d'Admissions, d'un secrétariat de direction et d'une Direction (Direction et Direction-adjointe).

SYSTEME D'INFORMATION ET INFORMATIQUE

Le développement du système d'information et informatique de l'établissement contribue aux objectifs d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins et à l'optimisation des accompagnements des résidents.

► PRESTATIONS INFORMATIQUES

La RDAS dispose de plusieurs logiciels pour :

- La gestion administrative et financière

La gestion administrative et financière est réalisée en grande partie avec le logiciel CPAGE-I, édité par le GIP CPAGE de Dijon.

Le logiciel CPAGE est complété par un requêteur de données BUSINESS OBJECTS (BO), édité par « SAP » BUSINESS OBJECT.

- La planification du temps de travail

Un logiciel de planification du temps de travail PLANICIEL est mis à disposition sur l'ensemble des sites.

Ce logiciel a permis la mise en place de plannings prévisionnels par service, de plannings récapitulatifs, la gestion des congés annuels et des repos, l'aménagement du temps de travail et le suivi des effectifs présents.

L'utilisation de ce logiciel se conforme à l'accord local de 2002 et au référentiel relatif au temps de travail.

- La gestion documentaire et la gestion des risques

L'établissement dispose d'un logiciel de gestion documentaire BlueKango (base documentaire, système de déclaration et de suivi des événements indésirables).

- L'information médicale, sociale et administrative

Le dossier du résident est informatisé sur l'ensemble des sites : logiciel PSI en EHPAD et logiciel SAM au sein des foyers.

Ces logiciels sont accessibles aux professionnels intervenant dans l'accompagnement médical, soignant, social et administratif des résidents selon des ouvertures de droits bien définies.

Une interface entre le laboratoire d'analyse et l'EHPAD est en place. Les résultats sont intégrés dans le dossier informatisé du patient/résident.

- La gestion des commandes de repas

Le logiciel HESTIA permet l'informatisation de la commande de repas, en lien avec le logiciel CPAGE-I.

La RDAS est en réseau.

Un dossier technique reprend toutes les données sur le réseau, le parc informatique et les schémas de fonctionnement.

► COMMUNICATION

Le système de communication mis en place au sein de la RDAS est le suivant :

• A destination du public :

® Un livret d'accueil par structure ;

® Les panneaux d'affichage réservés au public et/ou aux familles se situant dans chaque service et sur lesquels sont affichées toutes les informations liées à l'organisation et à la vie de l'établissement ;

- ® Les Rencontres annuelles entre les familles des résidents et la direction et sur rendez-vous, si besoin ;
- ® Les enquêtes annuelles de satisfaction.

- **A destination des professionnels :**

- 1- La communication écrite et/ou informatisée

- émanant de la direction et de l'équipe de direction :

- ® Notes de service ;
 - ® Notes d'information ;
 - ® Diffusion des comptes-rendus d'instances ou réunions de service ou de groupes de travail ;
 - ® Diffusion des documents qualité.

- émanant de tout le personnel :

Les fiches d'évènements indésirables permettent à la direction d'être rapidement informée des dysfonctionnements de toute nature et ainsi de mettre en œuvre rapidement des actions correctives.

Les moyens pour acheminer l'information sont :

- ✓ Les tableaux d'affichage distincts usagers/personnel ;
- ✓ La messagerie intranet ;
- ✓ Les logiciels « patient ».

- 2- La communication orale

- ® CODIR : l'équipe de direction se réunit de manière hebdomadaire sur les questionnements transversaux à la RDAS ;
 - ® Réunions d'informations générales : cette rencontre entre la Direction et l'ensemble des professionnels par site se tient 2 fois par an et permet de communiquer sur les projets structurants de l'année ;
 - ® Réunions des instances, commissions et groupes de travail ;
 - ® Réunions entre la Direction et les médecins : 1 par an en EHPAD ;
 - ® Commission gériatrique : 2 par an en EHPAD ;
 - ® Une journée d'accueil annuelle pour les nouveaux arrivants ;
 - ® Une journée d'accueil annuelle des saisonniers.

Fiche objectifs n°6

Les priorités sont les suivantes :

- **Améliorer les outils et les pratiques de gestion ;**
- **Créer un site internet ;**
- **Développer le wifi (professionnels et usagers).**

SOUTIEN DES AIDANTS EN GERONTOLOGIE

CONSULTATION MEMOIRE

La Consultation Mémoire du Mâconnais assure plusieurs missions :

- Etablir un bilan diagnostique par des médecins spécialisés : gériatres, neurologues, psychiatre ;
- Accompagner la personne malade et les aidants grâce à la présence d'une assistance-sociale et de psychologues ;
- Proposer en priorité des prises en charge non médicamenteuses et, en fonction des besoins, des traitements médicamenteux aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

PLATEFORME DE REPIT ET D'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS

La plateforme de répit et d'accompagnement est un service qui s'adresse aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, avec différentes missions définies par un cahier des charges :

- ☞ Missions d'écoute et de soutien auprès des aidants autour des ateliers dédiés aux aidants familiaux, des cafés Alzheimer itinérants, des cycles de sophrologie ;
- ☞ Missions de communication auprès des partenaires ;
- ☞ Missions de répit au domicile ;
- ☞ Missions de propositions favorisant la poursuite de la vie sociale du couple aidant-aidé.

ACCUEIL TEMPORAIRE

L'hébergement temporaire est d'abord conçu pour permettre :

- aux personnes âgées qui y ont recours, de pouvoir continuer à vivre chez elles et, pour ce faire, de pouvoir ponctuellement bénéficier d'un hébergement temporaire ;
- à leurs proches, de pouvoir s'absenter ponctuellement et passer le relais.

L'hébergement temporaire peut également être utilisé comme une première étape avant une entrée définitive en maison de retraite.

La priorité est la pérennisation des financements et le maintien de ces dispositifs.

ACCOMPAGNEMENT DES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET DE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE

EHPAD

Le maintien de l'autonomie et l'adaptation aux rythmes, aux capacités et aux besoins des résidents sont des priorités des professionnels.

La souplesse des organisations du travail, la coordination des différentes interventions, la formation des professionnels, la présence de compétences variées (psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, kinésithérapeute, etc...) et d'effectifs adaptés en nombre, la mise à disposition de matériel contribuent à la réalisation de ces priorités.

Le maintien de l'autonomie suppose une évaluation régulière et une observation quotidienne par les professionnels, dans le cadre de l'accompagnement des actes de la vie quotidienne. Travailler sur les capacités des personnes, stimuler, encourager et « ne pas faire à la place » sont les maîtres mots des équipes. Des toilettes évaluatives sont mises en place en fonction des besoins.

Le respect des rythmes de vie de la personne (sommeil, lever, coucher, etc...) est une préoccupation quotidienne des soignants.

La présence de personnel de nuit spécifique à l'unité Agate est considérée comme une plus-value dans le maintien de l'autonomie des résidents et l'accompagnement non médicamenteux des personnes.

La prévention de l'incontinence repose sur la mise en place de référents dans les services, d'outils de suivi, sur le soutien technique du fournisseur et d'une démarche d'accompagnement individualisé et d'évaluation régulière.

L'aide à la marche est apportée au regard des capacités des résidents et analysée par l'équipe pluridisciplinaire afin d'apporter, si besoin, des aides techniques ou d'adapter l'environnement du résident.

Les temps de repas font l'objet d'une attention particulière grâce à des accompagnements en salle à manger ou en chambre, en fonction de l'état de santé des personnes. La compétence d'ergothérapeute contribue à l'apport de matériel adapté au moment des repas. La recherche d'affinités est également privilégiée.

Le maintien de l'autonomie suppose parfois une prise de risque, évaluée en équipe pluridisciplinaire et des questionnements sur les bénéfices-risques de chaque accompagnement.

La qualité du bâti et de l'environnement extérieur conditionne le maintien de l'autonomie. Le site de Mâcon dispose en grande partie de structures adaptées à la population accueillie (salles de bain équipées, accessibilité PMR) et d'espaces extérieurs propices à la marche.

Toutefois, la proportion de chambres doubles à l'Héritan et les conditions d'accueil non satisfaisantes des Cadoles nécessitent d'être affichées comme des priorités de ce projet d'établissement.

Pour mémoire, la diminution des chambres doubles est conditionnée à l'ouverture des 24 lits des petites unités de vie.

L'Accueil de jour constitue une alternative à l'hébergement à domicile permettant de favoriser le maintien à domicile, de rompre l'isolement de personnes, de maintenir l'autonomie des personnes et de proposer des temps de répit à l'entourage de la personne.

FOYER DE VIE, ACCUEIL DE JOUR et FAM

L'accompagnement des actes de la vie quotidienne est adapté en fonction du handicap de la personne accueillie et s'effectue dans le respect de son rythme de vie. Le Projet personnel individualisé fixe les objectifs de maintien de l'autonomie :

- l'accompagnement des temps de repas et des collations : veiller à ce que les résidents puissent manger selon leur capacité, favoriser la convivialité sur ces temps de repas.
- les capacités motrices et de mobilité : maintenir et/ou développer les acquis physiques à travers des activités stimulantes et ludiques et travailler la motricité en proposant un panel d'activités sportives et motrices de manière collective ou individuelle dans un cadre extérieur adapté.
- la stimulation cognitive : maintenir et/ou développer les acquis intellectuels, favoriser la créativité, stimuler la mémoire en proposant de manière individuelle ou collective des activités manuelles (peinture, jardin, etc...), des activités de médiation (musicothérapie, art-thérapie), des activités d'expression (théâtre, musique, etc...) et des activités basées sur les nouvelles technologies.
- les soins d'hygiène et de confort : travailler sur l'image de son corps et sur l'estime de soi

Fiche objectifs n°7

Les priorités retenues sont les suivantes :

- **Projet de rénovation des Cadoles ;**
- **Financement des 24 lits des unités Opale et Jade, permettant la diminution de chambres doubles à l'Héritan ;**
- **Ouverture des 6 lits de Molière non installés**
- **Travaux d'accessibilité des jardins du FAM.**

DEMARCHE EDUCATIVE

EHPAD

L'EHPAD traditionnel privilégie l'éducation à la santé, notamment lors de la survenue d'épisodes aigus (diabète, etc...)

L'accompagnement éducatif se traduit en EHPAD spécialisé par différents axes :

- ☞ La participation à la vie collective et au vivre ensemble, en favorisant notamment le lien avec l'extérieur, la contribution de chacun à certaines tâches domestiques (mise du couvert, balayage) et la vie quotidienne dans le respect des autres ;
- ☞ L'établissement a défini une politique autour de l'argent de poche et des achats pour favoriser la liberté de choix et l'autonomie des résidents (petite boutique, accompagnement à l'extérieur, etc...).

FOYER DE VIE, ACCUEIL DE JOUR et FAM

L'accompagnement éducatif est un axe fort des PPI des résidents, notamment autour des items suivants :

- ☞ La participation à la vie collective et au vivre ensemble, notamment autour du sens du partage, du respect de l'autre, de la sollicitation aux tâches communes tout en tenant compte de leur autonomie et leur compétence, de temps d'échanges du groupe de vie, des lieux d'apaisement au FAM ;
- ☞ La gestion de l'argent de poche est un axe important dans l'accompagnement des résidents sur les foyers : amener la personne à faire la différence entre ses besoins élémentaires et ses envies secondaires eu égard à ses possibilités, l'aider à gérer les éventuelles frustrations, l'accompagner dans la gestion de son budget, tels sont les objectifs à atteindre.

PARTICIPATION A LA VIE SOCIALE ET OUVERTURE VERS L'EXTERIEUR

Les pôles d'animation interviennent en harmonie avec les initiatives des équipes des services d'hébergement et avec les associations de bénévoles présentes dans l'institution : la petite boutique, la guinguette, repas Cocagne.

Cette prestation repose également sur des partenariats extérieurs riches et variés : médiathèque, jardins de Cocagne, Cave à musique, Ecole municipale d'arts plastiques, serres municipales de Mâcon, médiation animale, etc...

EHPAD

Un service autonome est composé d'un responsable, de 2 agents issus des services d'hébergement pour une durée définie (2 ans) et d'une personne en contrat Avenir. Ce mouvement permet de maintenir une dynamique entre l'équipe d'animation et les équipes des différents services. Un Home d'animation est mis à disposition de l'ensemble des résidents de l'EHPAD.

Il s'agit de proposer aux résidents et non d'imposer des activités de loisirs, de stimulation pour maintenir des acquis physiques et cognitifs, des activités culturelles, etc...

FOYER DE VIE, ACCUEIL DE JOUR et FAM

Une équipe d'1 responsable et de 6 animateurs, avec des compétences spécifiques selon des domaines d'intervention, offre aux résidents un panel d'activités très ouvert et diversifié : musique, théâtre, sport, peinture, jardinage, etc... Des ateliers dédiés et agréables sont mis à disposition.

Les animations proposées par l'établissement ne sauraient se résumer à de simples activités occupationnelles. Il s'agit, tout d'abord, pour la personne, d'améliorer sa qualité de vie en créant un mieux-vivre et un bien-être sur le plan psychique et physique. Il est également question de permettre, de façon ludique, un maintien de ses acquis et une stimulation de la sphère cognitive et sensorielle, et enfin, il convient de favoriser la participation de la personne à la vie sociale.

De plus, le parcours de vie, les habitudes, les attentes du résident sont autant d'éléments recueillis dans le cadre de son projet de vie, qui vont permettre de concevoir une animation.

Une politique d'animations des foyers est en cours de finalisation.

L'Accueil de jour développe également des activités sociales, culturelles et sportives afin de préserver ou maintenir les acquis et de prévenir, dans la mesure du possible, les régressions.

La poursuite de la valorisation de la prestation actuelle sur les deux sites et l'élaboration d'un projet commun fédérateur entre le pôle Animations et les services d'hébergement sur les foyers sont les priorités du Projet d'Etablissement.

EPANOUISSEMENT PERSONNEL

EHPAD

Le libre choix est respecté dès l'admission avec le recueil du consentement éclairé du résident. De façon générale, proposer sans imposer est le fil conducteur des accompagnements par les professionnels. Choisir, c'est également avoir la connaissance des informations suffisantes pour aboutir à des choix, notamment les risques qui pourraient en découler.

La liberté d'aller et venir est possible car l'EHPAD est un lieu ouvert. La localisation de l'établissement au centre-ville est incontestablement un atout.

Toutefois, cette liberté nécessite dans certains cas une prise de risque mesurée par une analyse en équipe pluridisciplinaire des bénéfices-risques en lien avec l'entourage. Un avenant au contrat permet de formaliser cette démarche. Une réflexion est en cours sur la mise en place de nouvelles technologies pouvant assurer la libre circulation dans et en dehors de l'enceinte tout en assurant la sécurité des résidents.

Une unité Alzheimer de 12 lits est mise à disposition. L'existence d'un accueil temporaire facilite les essais pour valider l'hébergement définitif dans une unité sécurisée.

La vie affective et la sexualité sont des sujets qui peuvent soulever des questionnements éthiques.

La chambre individuelle est le lieu privatif des résidents. La vigilance des professionnels porte principalement sur le consentement des personnes.

Prendre en compte la dignité de la personne et notamment dans le cadre de troubles du comportement tels que la désinhibition est un souci permanent des professionnels.

FOYER DE VIE, ACCUEIL DE JOUR et FAM

La mise à disposition d'outils et de supports adaptés permet aux personnes en situation de handicap, d'exprimer leur choix. La pluridisciplinarité permet également des réflexions et observations diverses et objectives.

Cette problématique de la compréhension impose encore plus de vigilance des professionnels quant au consentement éclairé.

Le FAM est une unité sécurisée qui peut susciter des interrogations en termes de liberté d'aller et venir. L'établissement amorce une réflexion avec les représentants des familles sur cette thématique afin d'étudier les bénéfices-risques d'une éventuelle ouverture du FAM.

Au Foyer de vie, la liberté d'aller et venir est adaptée en fonction des capacités de la personne. Le repérage des lieux et des moyens existants est recherché pour favoriser, autant que possible, la liberté d'aller et venir des résidents. Pour certains, un accompagnement à l'extérieur est organisé systématiquement. En tout état de cause, l'objectif est de promouvoir la vie sociale, l'autonomie et le sentiment de responsabilité.

La vie affective et la sexualité sont des thématiques qui ont conduit, au sein des foyers et à l'accueil de jour, à une réflexion institutionnelle et à des actions de sensibilisation des professionnels.

La mise à disposition en grande majorité de chambres individuelles depuis janvier 2017 contribue au respect de la vie affective et sexuelle des résidents.

Un groupe de paroles est instauré à l'accueil de jour. Les foyers poursuivent cette démarche.

Les professionnels restent vigilants quant au consentement mutuel des personnes concernées.

Vie spirituelle

Sur l'ensemble des unités d'hébergement, les conditions de la pratique religieuse sont facilitées pour les résidents qui le souhaitent (culte, habitudes alimentaires, etc...).

Des célébrations catholiques régulières sont proposées sur l'ensemble des sites par l'aumônier salarié. Sa présence est considérée comme un atout. Une équipe de bénévoles intervient également.

A noter également l'aménagement d'un espace dédié à la RDAS au Cimetière de la ville de Mâcon, en mémoire du passé de la RDAS en tant qu'hospice.

Répondre à d'autres pratiques religieuses si elles sont connues est également un objectif des équipes.

DYNAMIQUE DU TRAVAIL EN EQUIPE

ORGANISATION ET CONTINUITE DES SOINS, INTERDISCIPLINARITE

EHPAD

L'organisation du travail est définie en fonction des différentes unités. L'accompagnement de proximité est défini autour des compétences suivantes : IDE, AS, AMP, ASH faisant fonction, maîtresse de maison.

Le dossier du résident informatisé est mis à disposition des professionnels dont les ouvertures de droits sont définies au regard de la fonction de l'agent.

Les prescriptions sont informatisées. Le dossier de liaison d'urgence est accessible par l'ensemble des professionnels.

La présence en continu de professionnels contribue à la continuité des soins.

La permanence des soins est assurée par les 5 médecins salariés et les médecins de ville et, si besoin, le médecin-coordonnateur. Le résident a le libre choix de son médecin traitant.

Pour les urgences vitales ou tout autre prise en charge à risque, en l'absence de présence médicale, le centre 15 est sollicité.

FOYER DE VIE, ACCUEIL DE JOUR et FAM

L'organisation du travail est définie en fonction des différentes unités. L'accompagnement de proximité est défini autour des compétences suivantes : IDE, AMP, Moniteur-Educateur, AS, ASH faisant fonction, maîtresse de maison. Le Foyer de vie dispose de 2 IDE, et le FAM, de 5 IDE.

Le dossier du résident informatisé est mis à disposition des professionnels dont les ouvertures de droits sont définies au regard de la fonction de l'agent.

Les prescriptions sont partiellement informatisées.

Le dossier de liaison d'urgence est accessible par l'ensemble des professionnels.

La permanence des soins est assurée par un médecin de ville au Foyer de vie et un médecin salarié au FAM.

Pour les urgences vitales ou tout autre prise en charge à risque, en l'absence de présence médicale, le centre 15 est sollicité.

COMMUNICATION INTERNE

L'organisation de l'accompagnement et des soins est déterminée par unité d'hébergement et adaptée en fonction des habitudes de vie et des besoins des résidents. Le Plan Personnalisé Individuel est l'outil de coordination et de communication autour du résident.

L'interdisciplinarité (équipe de proximité, compétences salariées spécifiques, intervenants libéraux) est privilégiée par la mise en place de dispositifs de travail en équipe et de communication interne :

EHPAD

	COMPOSITION	FREQUENCE
REUNION ENCADREMENT	Responsables de services, médecin-coordonnateur	Fréquence hebdomadaire
REUNION D'ENCADREMENT PLENIERE	Membres de la réunion d'encadrement/responsables administratifs, technique, logistique, Assistante sociale, Direction	Fréquence mensuelle
REUNION EQUIPE	Réunion de service	Entre 2 et 10 par an selon projet de service en cours
REUNION THEMATIQUE	Réunion à thème (pharmacie/médecin/Hygiène/IDE/Maitresse de Maison/qualité, etc.)	Entre 2 et 10 par an selon projet de service en cours et besoins
TEMPS DE RELEVÉ	Equipe du service	Tous les jours
REUNION PPI	Equipe pluridisciplinaire du service	Sur temps de grande relève 1/semaine en fonction des besoins

FOYER DE VIE, ACCUEIL DE JOUR et FAM

	COMPOSITION	FREQUENCE
REUNION INSTITUTIONNELLE	Responsables d'unité/maisonnée/pôle animation/pôle soins/responsable de site/Direction	1 fois tous les 15 jours
REUNION ENCADREMENT	les responsables d'unité/maisonnée/pôle animation/pôle soins/responsable de site	1 fois tous les 15 jours
REUNION EQUIPE	Equipe + le responsable d'unité	Fréquence mensuelle pour le FV et fréquence hebdomadaire pour le FAM, l'AJ, le pôle animation et les IDE communes FAM/FV, 4 par an pour l'équipe de nuit
TEMPS DE RELEVÉ	Agents en poste + IDE + psychologue (en fonction des jours)	Fréquence quotidienne
Liaison JOUR/NUIT	Agents du matin et soir /veilleurs de nuit	2 fois /jour au FV
REUNION PPI	Equipe pluridisciplinaire	Fréquence hebdomadaire au FAM, fréquence bi-mensuelle au FV par unité, fréquence mensuelle à l'AJ
REUNION APP	Groupe d'agents inter-unités au FV, et par équipe au FAM	Tous les 2 mois

SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS

Les professionnels et l'encadrement ont la possibilité d'exprimer leurs difficultés ou d'échanger sur leurs pratiques dans le cadre de séances régulières d'Analyse de la pratique dispensées par un intervenant extérieur.

Un plan de formation annuel permet aux professionnels d'acquérir ou de développer des compétences et des connaissances.

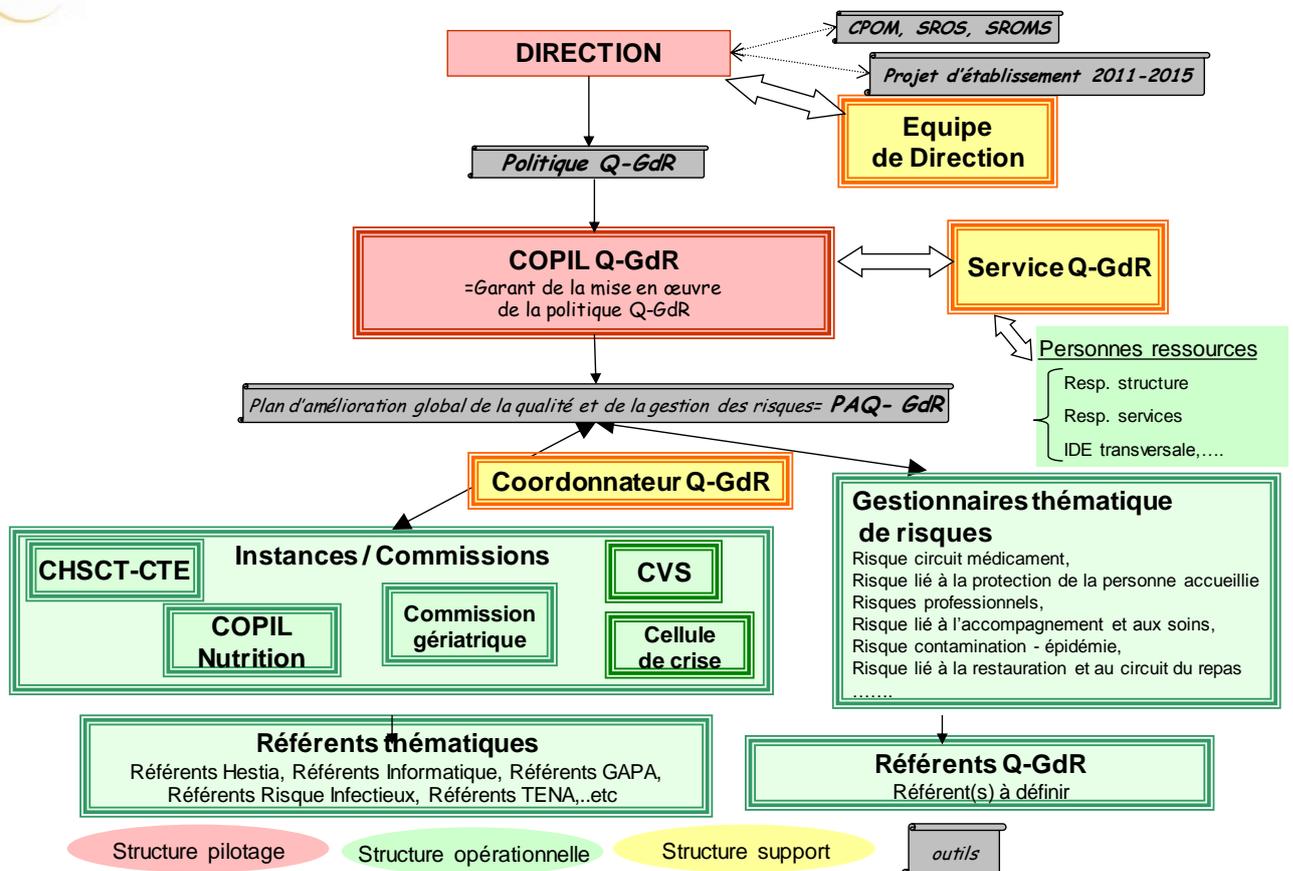
Enfin, pour les situations complexes autour des phénomènes de violence, l'établissement finance des séances de soutien par un psychologue extérieur.

PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

La réussite des objectifs fixés dans le cadre de ce projet d'établissement s'appuie sur l'amélioration de la qualité des prestations proposées aux résidents et la prévention et gestion des risques, demandée par le CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles) à tout établissement médico-social.

LES ATOUTS :

- ▶ La démarche qualité est inscrite depuis 2002 à la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins. Quelques dates en démontrent :
 - 2002 : création de la cellule qualité
 - 2003 : 1^{ère} évaluation interne
 - 2009 : 2^{ème} évaluation interne
 - 2013 : 1^{ère} évaluation externe
 - 2015 : Création d'une instance de pilotage de la Qualité- Gestion des Risques : COPIL Q-GdR.
- ▶ **Un processus de pilotage** de la Qualité-Gestion des Risques structuré, définissant les engagements et les objectifs de la RDAS.



- ▶ **Un Comité de pilotage des actions pour l'amélioration de la Qualité-Gestion des Risques (COPIL Q-GdR)**, composé entre autre de représentants des usagers aux Conseils de la Vie Sociale. Ce COPIL se réunit 4 fois par an. Il garantit la politique Q-GdR de l'établissement et suit le Plan d'Amélioration de la Qualité-Gestion des Risques (PAQ-GdR). Ce plan regroupe les axes d'amélioration dans les domaines suivant :
 - Conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et organisation de la qualité de la prise en charge des usagers ;
 - Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique ;
 - Expression et participation collective ;
 - Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle ;
 - Garantie des droits et politique de prévention et de gestion des risques (circuit du médicament, risque infectieux etc.).

- ▶ **Une identification des risques à postériori.** Ces risques peuvent être signalés par tous les professionnels avec la Fiche d'Evènement Indésirable accessible à tous via le logiciel BlueKango. Chaque signalement est analysé et classé selon sa gravité/fréquence par un gestionnaire thématique de risque nommé.

- ▶ **Une culture positive de l'erreur**, avec une analyse des causes profondes de tous les événements indésirables considérés comme critiques par le gestionnaire du risque concerné, afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent.

- ▶ **Des évaluations régulièrement menées** (enquêtes de satisfaction, recueil d'évènements indésirables, Document Unique des Risques Professionnels, etc...). Les plans d'actions associés sont intégrés au Plan d'Amélioration de la Qualité-Gestion des Risques.

- ▶ **La gestion documentaire structurée** et sécurisée avec le logiciel BlueKango.

- ▶ **Une sensibilisation de tous les professionnels** par un bulletin d'information trimestriel, « Flash Qualité », sur les principales actions menées, indicateurs et objectifs à venir.

LES OBJECTIFS :

- ▶ Pérenniser la démarche Qualité-Gestion des Risques. La prochaine évaluation interne est prévue en 2019 et la 2^{ème} évaluation externe en 2021.

- ▶ Développer la culture de gestion du risque à priori. Les actions correctives et préventives sont présentées régulièrement dans les différentes instances existantes (COPIL Q-GdR, CHSCT).

- ▶ Une instance de prévention des IAS (Infections Associées aux Soins) existe au sein de la RDAS pour traiter des thématiques du DARI. Elle évalue les pratiques et propose des mises en conformité et des axes d'amélioration qui seront priorisés en COPIL Q-GdR.

- ▶ Définir une politique de développement durable.

PROJET SOCIAL

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

Ainsi, au-delà des orientations relatives à la gestion stricto sensu des ressources humaines, le projet social a vocation à déterminer des actions concrètes de nature à moderniser les relations sociales, à améliorer les conditions de travail et à favoriser l'évolution professionnelle du personnel.

Le projet social est un axe important du dialogue social.

Il a été élaboré dans le cadre d'une concertation avec les partenaires sociaux.

Le Comité Technique d'Etablissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme.

Le projet social concerne tous les professionnels, titulaires et contractuels.

Ce projet social intervient dans un contexte budgétaire particulier dont il convient d'en rappeler les grandes caractéristiques :

- Mise en œuvre du décret sur les prestations d'hébergement minimales ;
- Application de la convergence tarifaire ;
- Politique de clarification du financement des ASH faisant fonction ;
- Annonce de la suppression des contrats aidés.

Un projet social réaliste doit bien entendu composer avec ces contraintes.

Du fait de cet environnement contraint, le projet social prend tout son sens et vient accompagner le Projet d'Etablissement en définissant des axes d'amélioration qui permettent aux équipes de s'inscrire dans une démarche dynamique et prospective autour de projets collectifs.

Le projet social 2011-2015 a déjà contribué à des avancées sociales :

- L'amélioration des conditions de travail : poursuite des formations GAPA, développement des Analyses de la Pratique sur l'ensemble des unités, pose de rails dans toutes les chambres du FAM et partiellement aux Cadoles, rénovation des Cèdres et du Foyer de vie, etc...
- Communication interne : informatisation du dossier résident, mise en place d'une gestion documentaire informatisée, formalisation de la procédure d'accueil des nouveaux arrivants, etc...

L'enjeu du nouveau projet social est de définir un équilibre entre les avancées sociales et le nouvel environnement budgétaire.

Fiche objectifs n°8

En accord avec les organisations syndicales, les priorités du projet social sont les suivantes :

- Poursuivre la politique de formation continue ;**
- Améliorer l'accompagnement des professionnels lors de violences physiques et verbales des résidents par la formalisation de la conduite à tenir dans l'accompagnement des professionnels lors de situation de violence, en lien avec les groupes d'encadrement ;**
- Poursuivre la prévention des TMS : maintien des formations et des investissements ;**
- Réfléchir aux modalités d'accompagnement spécifique de certaines tranches d'âge de professionnels ;**
- Mener une réflexion sur la politique de prévention de l'absentéisme ;**
- Accompagner les professionnels à l'évolution des profils des populations accueillies.**
- Engager une réflexion sur la prévention des Risques Psycho sociaux dans le cadre de la Qualité de vie au travail**
- Mettre en œuvre un plan triennal de stagiarisation ;**
- Mener une réflexion sur la réorganisation du travail de la fonction nettoyage compte tenu de la suppression à venir des dispositifs des contrats aidés.**

ORGANIGRAMME

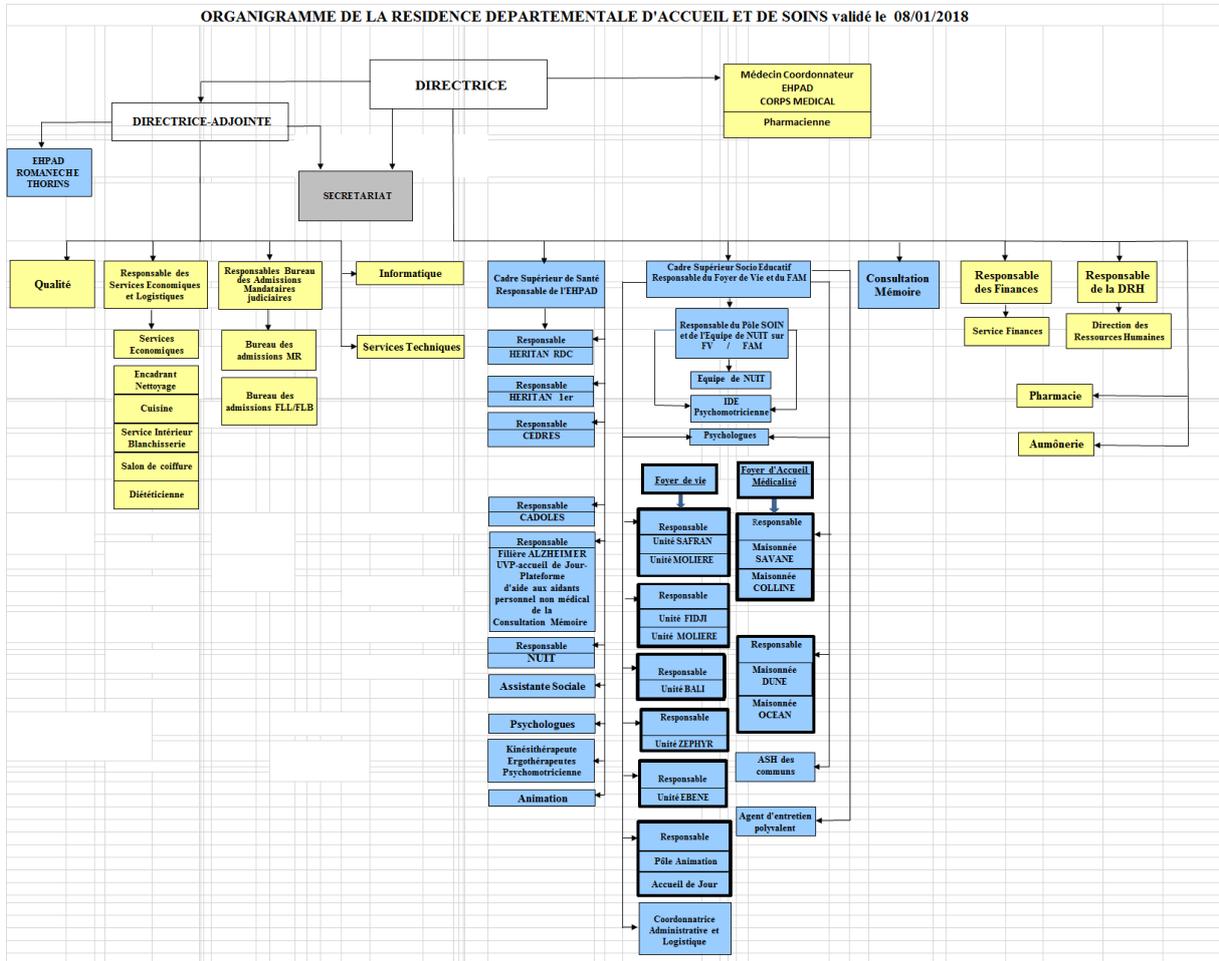


TABLEAU DES EMPLOIS PERMANENTS RDAS -	
PERSONNEL NON MEDICAL : EFFECTIF THEORIQUE (BUDGETS H y compris Plateforme Alzheimer et CMM - P - B - T)	
CATEGORIES - GRADES	EFFECTIF THEORIQUE 2018
PERSONNEL de DIRECTION	2,00
Directeur	1,00
Directeur adjoint	1,00
PERSONNEL ADMINISTRATIF	17,50
Attaché d'administration hospitalière	3,00
Adjoint des Cadres hospitaliers	4,00
Adjoint Administratif	9,00
Assistant Médico-Adm.	0,50
Aumonier	1,00
PERSONNELS PARA -MEDICAUX	230,19
Cadre supérieur de santé	1,00
Cadre de santé	4,00
Infirmier (ière)	27,40
Aide-Soignant(e)	61,46
Aide Médico-Psychologique	72,95
Agent des services hospitaliers	63,38
PERSONNEL DE REEDUCATION	8,00
Masseur-kinésithérapeute Cadre de santé	1,00
Masseur-kinésithérapeute	1,00
Psychomotricienne	3,00
Ergothérapeute	2,00
Diététicien	1,00
SERV. SOCIO-EDUC. & PSYCHOLOGUES	30,80
Psychologue	5,30
Cadre supérieur socio-éducatif	2,00
Cadre socio-éducatif	2,00
Assistant socio-éducatif (Educateur-spécialisé)	7,00
Assistant socio-éducatif (Assist. de serv. social)	1,00
Conseiller en économie sociale et familiale	0,50
Animateur	2,00
Moniteur-éducateur	10,00
Moniteur d'atelier	1,00
PERS. MEDICO-TECHNIQUES	1,60
Préparateur en pharmacie	1,60
PERSONNELS TECHNIQUES	6,00
Technicien Sup. Hosp.	4,00
Technicien Hospitalier	2,00
SERV. OUVRIERS & SERV. INTERIEUR	28,00
Agent de maîtrise	1,00
Ouvrier Principal	23,00
Agent d'entretien qualifié	4,00
TOTAUX PERSONNEL PERMANENT	324,09

Le poste de coordonnatrice de la Plateforme Alzheimer est financé par une subvention du Conseil

FICHES OBJECTIFS STRUCTURANTS RETENUS DANS LE CADRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Les objectifs retenus sont en lien avec le CPOM 2018-2022.

FICHE OBJECTIF 1

Objectifs	Poursuivre la politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance.
Référent de la fiche	Direction
Plan d'actions à mettre en œuvre	<p>Mise en place d'une commission bientraitance pour formaliser le management de la politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance afin d'engager les réflexions sur les objectifs ci-dessous :</p> <p>→ Liberté d'aller et venir notamment autour de la réflexion, autour de la contention et de l'isolement, de l'analyse bénéfices-risques des situations particulières, et la fermeture du FAM-accessibilité des terrasses et jardin.</p> <p>→ Réflexion éthique autour du statut d'adulte de la personne accueillie.</p> <p>→ Diversification et personnalisation des méthodes de communication adaptées aux résidents afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> * d'améliorer la compréhension des concepts de vouvoiement et de tutoiement ; * de répondre à leurs besoins et à leurs attentes. <p>→ Accès à la justice et la citoyenneté (droit de vote).</p> <p>→ Préservation de la vie affective et sexuelle des personnes accueillies.</p> <p>→ Intégration de la réflexion éthique dans les accompagnements complexes.</p>
Echéancier	Durée du Projet d'Etablissement
Indicateurs	<p>Nombre de réunions.</p> <p>Nombre de formalisation d'avenants au contrat de séjour dans le cadre d'une réflexion « bénéfices-risques ».</p> <p>Nombre d'outils disponibles et pertinents favorisant une communication adaptée.</p>

FICHE OBJECTIF 2

Objectifs	Expression des usagers
Référent de la fiche	Responsable Qualité-Direction
Plan d'actions à mettre en œuvre	→ Adapter les outils et les supports pour améliorer la compréhension des représentants des résidents. → Favoriser la désignation de la personne de confiance et organiser le recueil des directives anticipées, notamment par une meilleure information des résidents.
Echéancier	2019
Indicateurs	% de résidents informés/nombre de résidents. Nombre de directives anticipées.

FICHE OBJECTIF 3

Objectifs	Améliorer l'élaboration et l'évaluation des PPI
Référent de la fiche	Responsables de structure
Plan d'actions à mettre en œuvre	<p>→ Mener une réflexion institutionnelle sur le changement du logiciel du dossier du résident.</p> <p>→ Améliorer le contenu et la méthodologie d'élaboration du PPI en prenant en compte les propositions d'amélioration des groupes de travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Foyers</u> : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Penser un temps d'échange pluri professionnel pour la préparation du PPI ; ▫ Supprimer les fiches de liaison et permettre à chaque professionnel de rédiger la partie qui le concerne ; ▫ Adapter le support pour une meilleure compréhension du résident ; ▫ Simplifier la grille de compétences et partager les références ; ▫ Inclure un item sur la vie affective et sur la vie spirituelle. ● <u>EHPAD</u> : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Améliorer la participation des résidents et de l'entourage ; ▫ Etablir un PPI pour chaque résident et le réévaluer tous les deux ans ; ▫ Renforcer la formalisation des PPI ; ▫ Associer les familles dans le PPI ; ▫ Harmoniser le classement des informations ; ▫ Améliorer la traçabilité des dossiers du résident, notamment des ergothérapeutes, des psychologues et de l'animation.
Moyens mobilisés	Budget Investissement-Plan de formation continue.
Echéancier	2019 (changement de logiciel)- 2022
Indicateurs	<p>% de professionnels formés au nouveau logiciel.</p> <p>% de PPI initiaux.</p> <p>% de PPI réactualisés.</p>

FICHE OBJECTIF 4

Objectifs	Orientations médicales et soignantes.
Référent de la fiche	Médecin coordonnateur EHPAD, responsable Pôle Soins des foyers
Plan d'actions à mettre en œuvre	<p>Prévention des chutes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensibiliser et former les équipes sur le thème des chutes [Prévention et conséquences (psychiques et physiques)]; -Développer les pratiques d'évaluation ; -Améliorer la prise en compte des causes de chutes par l'analyse des signes repérés et la recherche de réponse en équipe pluridisciplinaire ; -Améliorer la traçabilité des chutes aux foyers. <p>Prévention et prise en charge de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensibiliser et former les équipes ; -Développer l'utilisation des méthodes non pharmacologiques de prise en charge de la douleur ; -Développer les pratiques d'évaluation de la douleur ; -Développer les pratiques de traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier résident ; - Mettre en place le MEOPA dans les foyers, en présence d'un médecin. <p>Prévention et prise en charge des escarres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser et former les équipes à la prise en charge des escarres (sur les 2 axes : prévention et traitement) ; -Développer les pratiques d'évaluation du risque d'escarre par l'utilisation d'échelle ; -Développer les pratiques de traçabilité du suivi des escarres. <p>Prévention de la dénutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensibiliser et former les équipes à la prévention de la dénutrition et aux troubles de déglutition ; - Proposer d'évaluer en repas thérapeutique, en présence d'une IDE et de l'équipe, sur des résidents à problèmes (foyers). <p>Prise en charge des troubles psycho comportementaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensibiliser les médecins traitants à la juste place des neuroleptiques ; -Sensibiliser et former les équipes aux vieillissements et troubles associés, à l'utilisation d'échelles d'évaluation, aux thérapies non médicamenteuses, à la maladie Alzheimer et les troubles démentiels ; -Améliorer le suivi de la prise en charge des troubles psycho-comportementaux ; -Elaborer un protocole de prise en charge des troubles psycho comportementaux ; -Poursuivre le partenariat dans le cadre de la Commission Technique d'Etude et de Régulation (séjour de rupture, séjour de répit, séjour d'observation, formations communes, stages croisés, etc.) et de la télémédecine en psycho gériatrie. - Formation à la prévention du risque suicidaire ;

	<p>- Formation en soins relationnels et à la méthode de la validation.</p> <p>Accompagnement des personnes en fin de vie :</p> <p>- Sensibiliser et former les équipes à l'accompagnement des personnes en fin de vie ;</p> <p>-Mettre en œuvre des directives anticipées et de la personne de confiance ;</p> <p>-Développer des accompagnements non médicamenteux.</p> <p>Développement de la télémédecine.</p>
Moyens sollicités	Budget matériel.
Echéancier	Durée du Projet d'Etablissement.
Indicateurs	<p>% de professionnels formés aux différentes thématiques.</p> <p>Nombre de séjours à l'extérieur dans le cadre de la CTER.</p> <p>Bilan annuel de la télémédecine.</p> <p>Indicateurs ANESM.</p>

FICHE OBJECTIF 5

Objectifs	Prestations hôtelières et qualité de vie dans les services d'hébergement.
Référent de la fiche	Responsable Economat et responsable Services Techniques
Plan d'actions à mettre en œuvre	→ Améliorer la politique de maintenance préventive (bouches d'aération, entretien des terrasses, etc.) ; → Améliorer la fonction Achat ; → Améliorer la politique alimentaire (comité de dégustations, « fait maison », qualité et quantité des repas, composition des commissions de menus) ; → S'interroger sur la composition et les objectifs de la commission repas.
Moyens sollicités	Fiche de liaison cuisine/service hébergement existante.
Echéancier	2020
Indicateurs	Tableaux de suivi de la maintenance préventive. Taux de satisfaction des résidents et des familles.

FICHE OBJECTIF 6

Objectifs	Autres prestations supports : administration et service informatique.
Référent de la fiche	Direction, responsables Finances, RH et Service Economat, Admissions.
Plan d'actions à mettre en œuvre	<ul style="list-style-type: none">→ Rechercher systématiquement la dématérialisation des pièces administratives (factures, marchés, contrats, décisions, etc...→ Evaluer les outils et les solutions techniques existants (excel, business object, Accès...);→ Définir des indicateurs de pilotage partagés (activité, finances, RH, etc...) et des modalités de recueil ;→ Mettre en place des tableaux de bord pluridisciplinaires partagés (direction, responsables de structure, responsables de services) ;→ Créer un site Internet ;→ Développer le wifi (professionnels et usagers).
Moyens sollicités	Budget investissement (scanners, écrans), budget formation.
Echéancier	2018-2019.
Indicateurs	Nombre de pièces administratives dématérialisées. Nombre de tableaux de bord pluridisciplinaires.

FICHE OBJECTIF 7

Objectifs	Prestations de maintien de l'autonomie.
Référent de la fiche	Direction.
Plan d'actions à mettre en œuvre	→ Projet de rénovation des Cadoles ; → Financement des 24 lits des unités Opale et Jade, permettant la diminution de chambres doubles à l'Héritan ; → Ouverture des 6 lits de Molière non installés ; → Travaux d'accessibilité des jardins du FAM (revêtement, portillons, etc...)
Moyens sollicités	Subvention Conseil Départemental et CNSA sur la base d'un coût prévisionnel des travaux. Moyens nouveaux dans le cadre du CPOM. Budget investissement.
Echéancier	Durée du Projet d'Etablissement.
Indicateurs	Indicateurs selon recommandations HAS.

FICHE OBJECTIF 8

Objectifs	Projet Social.
Référent de la fiche	Direction, Responsable RH, partenaires sociaux dans le cadre du CTE et du CHSCT.
Plan d'actions à mettre en œuvre	<p>→ Poursuivre la politique de formation continue ;</p> <p>→ Améliorer l'accompagnement des professionnels lors de violences physiques et verbales des résidents par la formalisation de la conduite à tenir dans l'accompagnement des professionnels lors de situation de violence, en lien avec les groupes d'encadrement ;</p> <p>→ Poursuivre la prévention des TMS ;</p> <p>→ Réfléchir aux modalités d'accompagnement spécifique de certaines tranches d'âge de professionnels (au regard des indicateurs sur l'âge moyen des professionnels) ;</p> <p>→ Mener une réflexion sur la politique de prévention de l'absentéisme ;</p> <p>→ Accompagner les professionnels à l'évolution des profils des populations accueillies ;</p> <p>Il est décidé d'inscrire dans cet objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la poursuite de la politique de formation continue avec notamment la notion d'ouverture des groupes de formation vers l'extérieur notamment dans le cadre de la CTER, du GCSMS, etc... - la poursuite des stages croisés entre établissements. <p>→ Engager une réflexion sur la prévention des Risques Psycho sociaux dans le cadre de la Qualité de vie au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi de certains indicateurs par structure ; - Formation des responsables d'hébergement. <p>→ Mettre en œuvre un plan triennal de stagiairisation ;</p> <p>→ Mener une réflexion sur la réorganisation du travail de la fonction nettoyage compte tenu de la suppression à venir des dispositifs des contrats aidés.</p>
Moyens sollicités	Budget Formation.
Echéancier	2018-2022.
Indicateurs	Taux d'absentéisme par site, Rapport de la Médecine du Travail, nombre de FEI, % d'agents ayant effectué des stages croisés.

LEXIQUE

ANESM	: Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Etablissements et Service Sociaux et Médico-Sociaux
AJ	: Accueil de Jour
AMP	: Aide Médico-Psychologique
APP	: Analyse des Pratiques Professionnelles
AS	: Aide-Soignant
ASH	: Agent des Services Hospitaliers
BFC	: Bourgogne/Franche-Comté
CASF	: Code d'Action Sociale et des Familles
CH	: Centre Hospitalier
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHSCT	: Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CNSA	: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNO	: Complément Nutritionnel Oral
CODIR	: Comité de Direction
COFIL	: Comité de Pilotage
COFIL Q-GFR	: Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques
CPOM	: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CTE	: Comité Technique d'Etablissement
CTER	: Commission Technique d'Etude et de Régulation
CVS	: Conseil de la Vie Sociale
DARI	: Document d'Analyse du Risque Infectieux
DIPEC	: Document Individuel de Prise en Charge
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMASP	: Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
EPRD	: Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ESSMS	: Etablissement et Service Social ou Médico-Social
ETP	: Equivalent Temps Plein
FAM	: Foyer d'Accueil Médicalisé
FEI	: Fiche d'Évènement Indésirable
FLB	: Foyer « Les Bruyères »
FLL	: Foyer « Les Luminaires »
FV	: Foyer de Vie
GAPA	: Geste et Activation pour Personnes Agées
GCSMS	: Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GMP	: Gir (Groupe Iso-Ressources) Moyen Pondéré
GPP	: Groupe de patients proches
HACCP	: Hazard Analysis Critical Control Point (Système d'analyse des dangers/Gestion des risques)
HAD	: Hospitalisation à Domicile
HAS	: Haute Autorité de Santé
IAS	: Infection Associées aux Soins
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
MAS	: Maison d'Accueil Spécialisée
ME	: Moniteur-Educateur
MEOPA	: Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (Gaz incolore)/KALINOX
NPI-ES	: Inventaire Neuropsychiatrique – Equipe Soignante
PEC	: Prise en Charge
PMP	: Pathos Moyen Pondéré
PMR	: Personne à Mobilité Réduite
PPI	: Projet Personnalisé Individualisé
RDAS	: Résidence Départementale d'Accueil et de Soins
SSIAP	: Service Sécurité Incendie et d'Assistance à Personnes
RH	: Ressources Humaines
TMS	: Troubles Musculo-squelettiques