

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

FAM

JACQUES COEUR

2021-2025



1.	INTRODUCTION.....	3
1.1	CADRE JURIDIQUE ET FINALITES DU PROJET D'ETABLISSEMENT	3
1.2	METHODOLOGIE DE CONSTRUCTION DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE	3
2.	PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	5
2.1	PRESENTATION GENERALE	5
2.2	L'ASSOCIATION GESTIONNAIRE : ENVOLUDIA	5
2.3	LE PROJET ASSOCIATIF, 5 DEFIS MAJEURS :	7
2.4	LE CADRE JURIDIQUE DE NOTRE FONCTIONNEMENT	7
2.5	LES MISSIONS DE L'ETABLISSEMENT	8
3.	NOTRE HISTOIRE ET NOTRE PROJET	8
3.1	MOMENTS MARQUANTS DE NOTRE HISTOIRE	8
3.2	NOTRE PROJET	9
4.	LE PUBLIC ACCOMPAGNE.....	9
4.1	PRESENTATION DU PUBLIC ACCOMPAGNE	9
4.2	CARACTERISTIQUES DU PUBLIC ACCOMPAGNE	11
4.3	CARACTERISTIQUES GEO-DEMOGRAPHIQUES DU TERRITOIRE D'IMPLANTATION	12
5.	L'OFFRE DE SERVICES	15
6.	LE FONCTIONNEMENT :	17
6.1	L'ACCUEIL ET L'ADMISSION	17
6.2	LA PARTICIPATION DES FAMILLES ET DES USAGERS	17
6.3	L'ARTICULATION ET LA COHERENCE DU PROJET PERSONNALISE	19
6.4	LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS AUTOUR DU PROJET PERSONNALISE	33
6.5	LA COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES	34
6.6	LES PROJETS LOGISTIQUES	35
6.7	LA FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT	37
7.	L'ORGANISATION.....	39
7.1	L'ORGANISATION INTERNE.....	39
7.2	LES TEMPS DE CONCERTATION	39
7.3	LES PRATIQUES DE TRANSMISSION ET D'ECHANGE	40
7.4	ÉVALUATIONS ET DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE	43
7.5	LA PLACE DE L'ADULTE HANDICAPE AU SEIN DU FAM JC, LA BIENTRAITANCE	45
8.	LES MOYENS MOBILISES	46
8.1	LES PROFESSIONNELS	46
8.2	L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE DEVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES ET COMPETENCES	47
8.3	LES RESSOURCES FINANCIERES	48
8.4	L'ORGANISATION ARCHITECTURALE DE L'ETABLISSEMENT.....	49
9.	ANNEXE 1 - PLAN D' ACTIONS 2021-2025.....	53

1. Introduction

1.1 Cadre juridique et finalités du projet d'établissement

La loi du 2 janvier 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale, a rendu obligatoire l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service, afin de déterminer les objectifs d'amélioration de la qualité des prestations à cinq ans.

L'article L.311-8 du CASF stipule que « *pour chaque service ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.* »

Cet article se situe dans la section « droits des usagers » de la loi du 2 janvier 2002-2, dans laquelle figure l'ensemble des outils au service de ces droits : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, forme de participation, charte des droits et libertés, recours à une personne qualifiée.

Le projet d'établissement est donc un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisible les modes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.

La démarche d'élaboration du projet a aussi tenu compte des différents objectifs du projet d'établissement, à savoir en faire un outil remplissant :

1. une **fonction fédératrice** en interne autour d'un projet commun donnant du sens à l'action;
2. une **fonction de projection** qui permet de réinterroger en permanence les pratiques professionnelles et de faire émerger les nouvelles idées ;
3. une **fonction d'opérationnalisation** du projet par la définition de l'organisation des moyens et des méthodes mis en place ;
4. une **fonction de communication** vers l'extérieur pour identifier la prestation proposée à l'utilisateur et les orienter au mieux vers notre établissement.

1.2 Méthodologie de construction du projet d'établissement ou de service

Ce projet d'établissement a été initié en 2021, en accord avec le schéma territorial de l'Essonne, qui privilégie la coordination à travers un accompagnement concerté des différents partenaires, notamment institutionnels et médico-sociaux, afin de fluidifier les parcours des personnes accompagnées tout au long de leur vie.

La mise en place d'un comité de pilotage a permis de définir les modalités de rédaction du présent projet, en respectant une approche participative et coordonnée.

Ce comité était composé :

- de la directrice de l'établissement,
- de la responsable d'établissement,
- du médecin coordonnateur.

Suivi des réunions : groupes de travail et réunions familles	Thèmes	Participants	Date
Groupe de travail	Suivi des objectifs définis dans les projets personnalisés	Professionnels	09/02/2021
Questionnaire familles via mail	Suivi des objectifs définis dans les projets personnalisés / Construction d'un pôle d'animation	Familles	Période de Mars à Mai 2021
Groupe de travail	Bienveillance / La place du résident au sein de l'établissement en tant qu'adulte	Professionnels	02/03/2021 30/03/2021
Groupe de travail	Bienveillance / La place du résident au sein de l'établissement en tant qu'adulte	Résidents	11/03/2021
Questionnaire familles via mail	Bienveillance / La place du résident au sein de l'établissement en tant qu'adulte	Familles	Mars 2021
Groupe de travail	Construction d'un pôle animation	Professionnels	09/03/2021
Groupe de parole	Construction d'un pôle animation	Résidents	29/04/2021
Groupe de travail	Soin : Prise en charge de la douleur	Professionnels	23/03/2021
Groupe de travail	Appropriation du nouveau bâtiment	Professionnels	06/04/2021
Mails	Appropriation du nouveau bâtiment, recueil des souhaits	Familles	05/2021
Groupe de travail	Soins : Intégrité de l'état cutané	Professionnels	01/06/2021

Sur les thèmes « Suivi des objectifs définis dans les projets personnalisés » ; « bienveillance / La place du résident au sein de l'établissement en tant qu'adulte » ; « Construction d'un pôle d'animation » ; les familles ont été sollicitées et ont pu participer via un questionnaire d'évaluation de la satisfaction de l'accompagnement des résidents.

En effet, la crise sanitaire nous a empêché d'effectuer des groupes de travail « familles » au sein même de l'établissement. Cette enquête a permis de recueillir leurs avis pour les axes d'amélioration à mettre en place pour adapter la qualité et les modalités d'accompagnement.

Le service qualité a été consulté chaque fois que de besoin. Il s'est assuré de la cohérence du projet d'établissement avec les valeurs et missions associatives, les obligations réglementaires et les bonnes pratiques du secteur.

Le projet d'établissement a été soumis à l'approbation de la commission projet d'établissement le 11/10/2021.

Il a également été présenté au CVS le 06/10/2021

2. Présentation de l'établissement

2.1 Présentation générale

Identité de l'établissement	FAM JACQUES COEUR
Coordonnées de l'établissement	9, rue Jacques Cœur 91600 Savigny Sur Orge
Date de création	1987
Numéro Finess	910018498
Forme juridique	Association loi 1901
Organisme gestionnaire	ENVOLUDIA
Présidente	Véronique MOLINARO
Directrice des Opérations et de de la Performance	FOUQUEAU Laurence
Directeur d'établissement / Responsable d'établissement	SANGLEBOEUF Jennifer / FLORENSON Valérie
Capacité autorisée	23
Zone d'intervention	Essonne / Ile de France
Effectifs salariés (ETP)	43 ETP
Nombre de journées d'ouverture	365 jours par an
Financier(s)	Conseil Général et ARS de l'Essonne
Budget de fonctionnement	2 897 425 euros

2.2 L'association gestionnaire : Envoludia

ENVOLUDIA est une **association de familles** qui accompagne majoritairement des personnes atteintes de paralysie cérébrale, IMC et polyhandicapées avec troubles moteurs prédominants, et des personnes dont les handicaps relèvent du même type d'accompagnement : troubles d'apprentissages, handicaps rares... – et ce de la petite enfance à l'âge adulte.

Depuis 50 ans, Envoludia s'engage à offrir un accompagnement précoce du handicap, à développer le potentiel de chacun en proposant un projet sur-mesure et des techniques innovantes. Elle favorise l'entraide entre les familles et fournit un appui pour la recherche.

L'association compte aujourd'hui un réseau d'accueil et de rééducation de **22 établissements**.

Chiffres clés 2020

Une association de famille mais gérée avec professionnalisme !



20

ÉTABLISSEMENTS
RÉPARTIS SUR 22 SITES



35

M€ DE BUDGET
ANNUEL



577

PROFESSIONNELS



766

PERSONNES
ACCOMPAGNÉES



619

ENFANTS ET ADOLESCENTS



147

ADULTES



RamDam Paris 18*	IEM Evoludia Saint-Ouen
Le Chalet Paris 10*	IEM Evoludia Montreuil
Méli-Mélo Paris 15*	IME Les Hortillons Stains
Trotte-Lapins Paris 15*	IES Champigny-sur-Marne
Les Bambini Paris 14*	CEPH Daviel Paris 13*
HoulaBaloo Aubervilliers	MAS-FAM L'Orangerie Aubervilliers
Sessad Paris Paris 15*	Foyer L'Arc-en-ciel Gif-sur-Yvette
Sessad de L'Orangerie Aubervilliers	Foyer-FAM Le Malonnier - Les Z'Apparts - Les Z'Apparts à Savigny-sur-Orge
Sessad Aulnay-sous-Bois	- Foyer-FAM Le Malonnier à Morangis
Sessad Le Raincy	FAM Jacques-Coeur Savigny-sur-Orge
	Résidence Hacienda - Saint-Pons - Alpes-de-Haute-Provence (04)
	- Faucon-de-Barcelonnette Alpes-de-Haute-Provence (04)

2.3 Le projet associatif, 5 défis majeurs :

Envoludia porte 5 défis majeurs au travers de son projet associatif :

1. Promouvoir un accompagnement transdisciplinaire

- ➔ Pour un accompagnement de qualité sur les plans éducatif, thérapeutique et social

2. Développer le projet thérapeutique individuel

- ➔ Pour utiliser les potentialités de la personne, agir sur son environnement et encourager sa participation sociale

3. Développer l'expertise en paralysie cérébrale

- ➔ Formalisation d'une « École Envoludia » pour renforcer la culture commune issue des bonnes pratiques de ses professionnels et ouvrir ses établissements sur la recherche

4. Proposer des solutions pour tous les âges de la vie

- ➔ Pour développer les offres existantes, mutualiser les bonnes pratiques et anticiper sur l'évolution de la population

5. Développer l'implication des familles

- ➔ Pour des familles actrices au sein de l'association, des établissements et dans la recherche de dons

Dans le prolongement de cette période, **le projet associatif** se réactualise au cours de l'année 2021 avec la définition des grands objectifs suivants pour la période 2022-2026 :

- ➔ Croissance raisonnée
- ➔ Politique d'appartenance à l'association
- ➔ Projet global d'accompagnement
- ➔ Nouvelles approches thérapeutiques
- ➔ Inclusion et participation

2.4 Le cadre juridique de notre fonctionnement

Notre projet d'accompagnement est défini par :

La loi du 2 janvier 2002-02 (CASF) rénovant l'action sociale et médico-sociale et ses textes d'application. Cette loi recentre la position de la personne accompagnée comme actrice de son parcours. C'est également cette dernière qui impulse la mise en œuvre d'outils institutionnels tels que le projet d'établissement, le livret d'accueil ou encore le contrat de séjour. La démarche qualité demandée aujourd'hui dans les établissements et services, la mise en œuvre des droits et libertés ou encore l'importance de la personnalisation de l'accompagnement émanent également de cette loi.

La loi du 11 février 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle garantit l'exercice d'un libre choix par la personne sur son projet de vie, une action sur la citoyenneté et la participation à la vie sociale. Elle place la personne handicapée au centre du dispositif.

Le Code de l'action sociale et de la famille (CASF) qui définit le cadre de l'action sociale et médico-sociale, notamment les articles :

- ✓ L 312-1 alinéa I-9 (définition des services médicaux-sociaux).
- ✓ D 312-11 à 22 (définition des conditions d'organisation et de fonctionnement)
- ✓ D 312-83 et suivants (définition des missions)

Le décret n° 2007-975 de la loi du 15 mai 2007 (CASF). Réalisation du cahier des charges relatives à la mise en œuvre d'une démarche qualité.

La loi de financement de la sécurité sociale où sont posées les bases de la réforme de la tarification, conduite par le projet SERAFIN-PH : Services et Établissements Réforme pour une Adéquation des financements aux parcours des Personnes Handicapées.

Les recommandations des bonnes pratiques de l'HAS, les principes clés des recommandations sont étudiés, travaillés et repris pour la bonne cohérence de l'accompagnement des personnes.

2.5 Les missions de l'établissement

Le Foyer d'Accueil Médicalisé Jacques Cœur (FAM JC) accueille des personnes polyhandicapées n'ayant pas ou peu d'autonomie, nécessitant une surveillance, des soins et un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. D'une capacité d'accueil de 22 places en accueil à temps plein et d'une place en accueil temporaire, le FAM JC est ouvert 365 jours par an et assure une surveillance 24h/24h.

Les missions générales du Foyer Jacques Cœur consistent à :

- ➔ Favoriser le maintien de l'autonomie
- ➔ Mettre en place un mode de communication adapté à chaque résident et l'utiliser dans toutes les étapes de leur accompagnement
- ➔ Permettre aux résidents de conserver les liens familiaux
- ➔ Œuvrer dans le but d'une socialisation

3. Notre histoire et notre projet

3.1 Moments marquants de notre histoire

L'ouverture du foyer de vie Jacques Cœur en 1987 résulte de la volonté d'un groupe de parents ayant à charge de jeunes majeurs handicapés et confrontés au manque de structures d'accueil. Le foyer Jacques Cœur était un foyer d'hébergement composé de deux sites.

Le premier, ouvert en 1987, rue Jacques Cœur, est devenu Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) en 2010. Il accueille 23 résidents dont une place d'accueil temporaire.

Le deuxième, rue Vigier, issu du rachat d'un bâtiment en 1995, a ouvert en janvier 1997 et accueille 34 résidents. Cet établissement, nommé le Malonnier, a déménagé en 2017 à Morangis dans un nouveau bâtiment mieux adapté à la problématique du polyhandicap.

Cette année 2021, le FAM Jacques Cœur va bénéficier de travaux permettant de créer une extension et de rénover, embellir l'établissement existant.

3.2 Notre projet

Le FAM Jacques Cœur est un internat proposant un hébergement à temps complet pour des personnes polyhandicapées à partir de 20 ans.

L'établissement accompagne les résidents dans tous les actes de la vie quotidienne, il assure la sécurité, le bien-être et le confort de vie de l'ensemble des résidents.

L'accompagnement proposé est personnalisé selon les besoins et les demandes des résidents, afin de :

- ➔ Garantir les soins médicaux et paramédicaux en portant une attention permanente à toute expression de souffrance physique ou psychique
- ➔ Optimiser les capacités et le maintien des acquis de chaque personne
- ➔ Favoriser l'expression des choix, du consentement afin de développer l'autonomie
- ➔ Proposer des activités afin de donner du sens aux journées, et de l'ouverture sur l'extérieur (transferts, sorties)
- ➔ Favoriser la relation aux autres et la participation à une vie sociale et citoyenne
- ➔ Accompagner la vie culturelle et spirituelle
- ➔ Soutenir le maintien du lien avec la famille et les proches
- ➔ Favoriser l'épanouissement

De plus, chaque résident peut, s'il le souhaite, partir en vacances dans les Alpes de Haute-Provence dans un foyer de vie géré également par Envoludia, à raison de 90 jours par an maximum. Cette destination permet aux résidents de faire des activités de plein air et de rompre avec leur lieu de vie.

4. Le public accompagné

3.3 Présentation du public accompagné

Le FAM Jacques Cœur accueille des adultes porteurs d'infirmité motrice cérébrale (IMC), d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) ou de polyhandicap. Les manifestations de ces pathologies sont multiples et affectent la personne de façon variable. Ainsi les résidents peuvent présenter :

- ✓ Paraplégie, quadriplégie, hémiplégie associées à de la spasticité, athétose, ataxie, à des rétractions musculaires, de l'hypotonie, des troubles de la coordination,
- ✓ Troubles neurologique dont des crises d'épilepsie
- ✓ Troubles sensoriels divers
- ✓ Troubles de la déglutition et/ou salivation excessive avec comme conséquence majeure des pneumopathies récurrentes qui imposent des gastrostomies.
- ✓ Troubles sphinctériens (incontinence, troubles du transit) avec comme conséquence éventuelle des cystostomies ou urostomies
- ✓ Troubles du comportement sous forme de stéréotypies, agressivité physique ou verbale, automutilation, agitation, confusion, apathie, repli sur soi
- ✓ Troubles psychologiques (dépression, anxiété, traits autistiques, psychoses déficitaires)
- ✓ Déficience intellectuelle, troubles cognitifs, troubles de l'orientation spatio-temporelle, fragilité des acquisitions mnésiques, troubles des fonctions exécutives et troubles du langage.

Ces manifestations sont sources de dépendance dans la vie quotidienne :

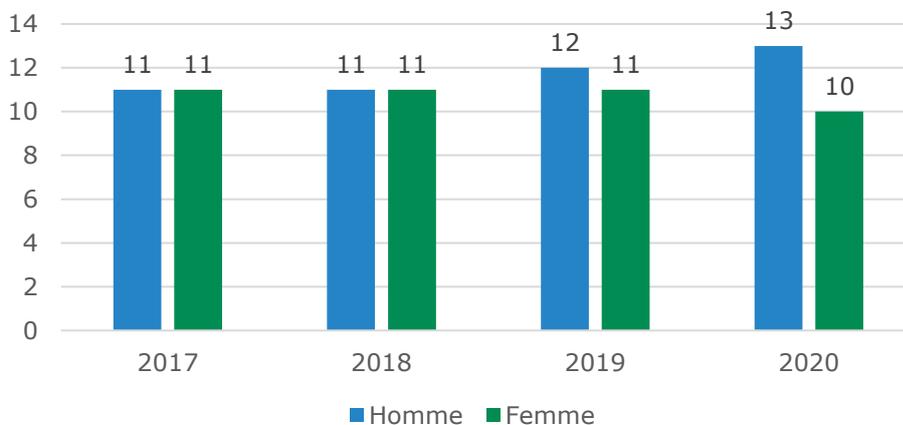
- ✓ 9 % des résidents peuvent marcher avec une aide technique ou une aide humaine sur une faible distance
- ✓ 40 % des résidents ont un appui podal lors des transferts et peuvent faire quelques pas avec aide humaine.
- ✓ 90 % des résidents sont installés en fauteuil roulant manuel et 9 % sont installés sur un fauteuil roulant électrique.
- ✓ 36 % des résidents se déplacent de façon indépendante sur leur lieu de vie et 9% se déplacent de façon indépendante à l'extérieur sous surveillance intense.
- ✓ 27 % des résidents sont installés en corset siège.
- ✓ 50 % des résidents portent des chaussures orthopédiques.
- ✓ 4 % des résidents portent un corset (jour ou nuit).
- ✓ 4 % des résidents portent des orthèses (pieds, mains).
- ✓ 100 % des résidents doivent être accompagnés totalement à la toilette.
- ✓ seul 13 % des résidents peuvent participer à la toilette, l'habillage/ déshabillage avec stimulation et guidage verbal ou gestuel.
- ✓ 45 % des résidents doivent être accompagnés totalement aux repas, 40 % partiellement et 15 % des résidents sont gastrostomisés

Un dernier paramètre à prendre en compte dans l'accompagnement est l'association de ces déficiences à des troubles du comportement plus important qu'auparavant, à certaines pathologies (diabète) et à l'apparition de troubles supplémentaires, voire maladies liés au vieillissement en plus de la fatigabilité.

- ➔ Le savoir-faire institutionnel prend en compte cette nouvelle dimension dans l'accompagnement.
- ➔ Les personnes ont besoin d'un suivi de soin plus particulier et fréquent, de même que des temps de repos plus nombreux. Cependant, il est important de veiller à maintenir au maximum le degré d'autonomie de chacun et de leurs offrir une vie sociale.

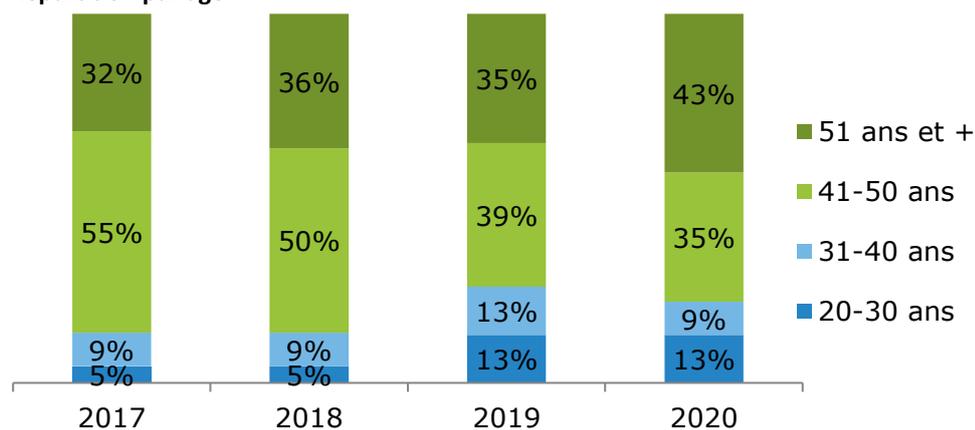
3.1 Caractéristiques du public accompagné

Répartition du public accompagné par sexe



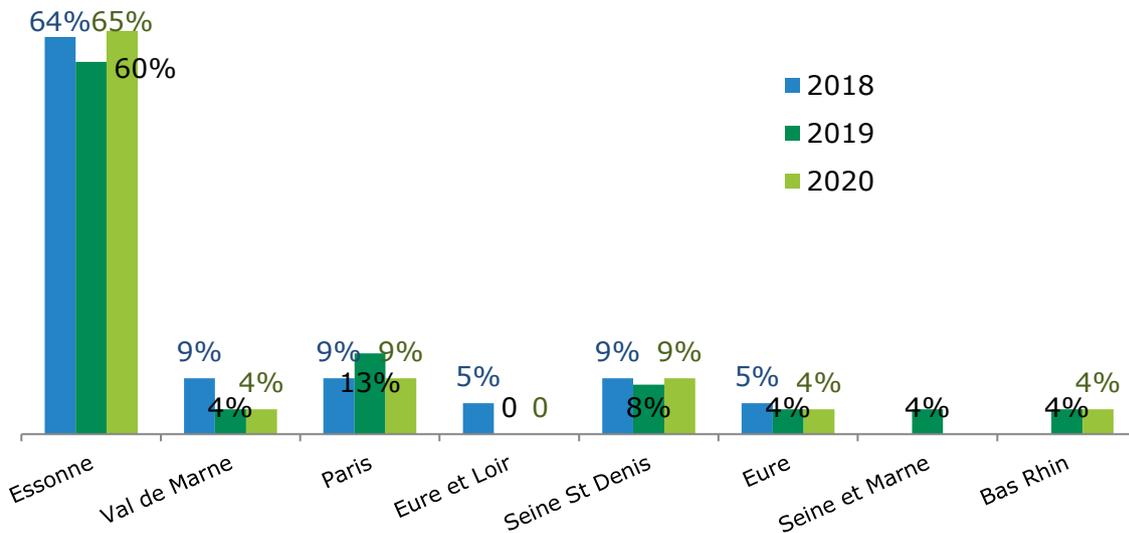
➔ Actuellement, nous accueillons 13 hommes et 10 femmes.

Répartition par âge



➔ Les résidents ayant plus de 51 ans sont les plus nombreux au sein du FAM. Nous pouvons observer un vieillissement des résidents.

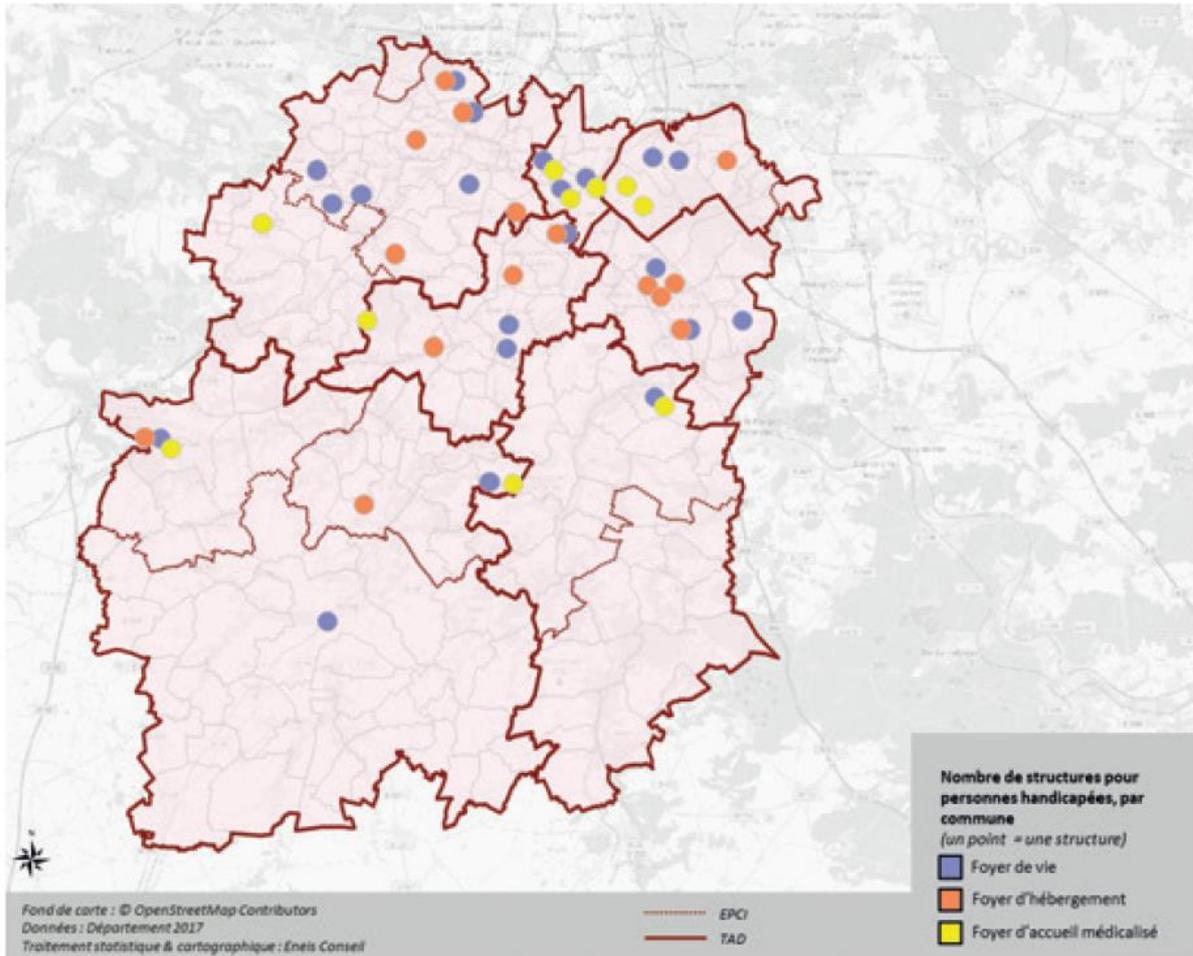
Répartition géographique des résidents



3.2 Caractéristiques géo-démographiques du territoire d'implantation

LES CHIFFRES CLES EN ESSONNE
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN ESSONNE
19 054 bénéficiaires de l'AAH au 31/12/2017
970 bénéficiaires d'un droit ouvert à la PCH et à l'ACTP au 31/12/2017
En 2016, un nombre d'allocataires de 3,6 pour 1000 habitants équivalent à la moyenne régionale (3,6) mais nettement inférieur à la moyenne nationale (4,6)
691 places autorisées en foyer de vie 328 places autorisées en foyer d'accueil médicalisé 434 places autorisées en foyer d'hébergement 679 places autorisées en maison d'accueil spécialisé
BUDGET : Un budget total de 266 millions d'euros en 2017 Dont : Handicap 124 millions € – volet établissement

Etablissements personnes handicapées installés (département Essonne)



Au sein du territoire Essonnien, deux FAM accueillent des résidents polyhandicapés: le FAM Jacques Cœur (23 places) mais également le Malonnier (9 places) appartenant à notre association.

Les missions de notre établissement sont d'accueillir et de proposer une prise en charge de qualité aux personnes gravement handicapées avec troubles associés et extrêmement dépendantes. Le schéma territorial rappelle que les besoins sur le département de prise en charge en établissement sont réels et nécessaires notamment pour notre public.

Egalement, il met l'accent sur la nécessité pour les établissements de s'adapter à l'évolution des situations de chacune des personnes accompagnées mais également des publics présents pour assurer en continue un accueil de qualité.

Au sein de l'établissement, nous observons à travers les dossiers d'admission et l'accueil des nouveaux résidents que les troubles du comportement sont plus importants.

Egalement, pour les résidents de l'établissement, le vieillissement et/ou l'évolution de leurs pathologies entraînent une augmentation des troubles du comportement.

De plus, l'absence de communication verbale peut traduire une augmentation des troubles demandant aussi au personnel un temps de présence plus important et individualisé auprès du résident.

Le vieillissement des résidents au sein de l'établissement est une réalité qui s'impose actuellement.

Nous avons une partie des résidents du FAM qui ont plus de 55 ans. Avec l'avancée en âge des résidents, nous observons une dégradation progressive, voire brutale de leurs états de santé. En effet, depuis plusieurs années, nous observons une complexification des accompagnements au quotidien et des troubles du comportement plus importants.

Ces deux constats ont un impact important sur la prise en charge du quotidien et marque également une limite de l'action éducative, le soin étant de plus en plus important. De plus, la fonction médicale est de plus en plus interrogée et nous observons une augmentation de la mise en place de protocoles médicaux face aux problèmes rencontrés.

Le fonctionnement de la structure nous demande de trouver un nouvel équilibre entre soin et éducatif face à l'état de santé des résidents qui se dégrade par l'âge, la perte d'autonomie et une demande plus importante d'un accompagnement individualisé.

Afin de prévenir ces situations, la qualité des soins et de l'accompagnement auprès des résidents est primordiale.



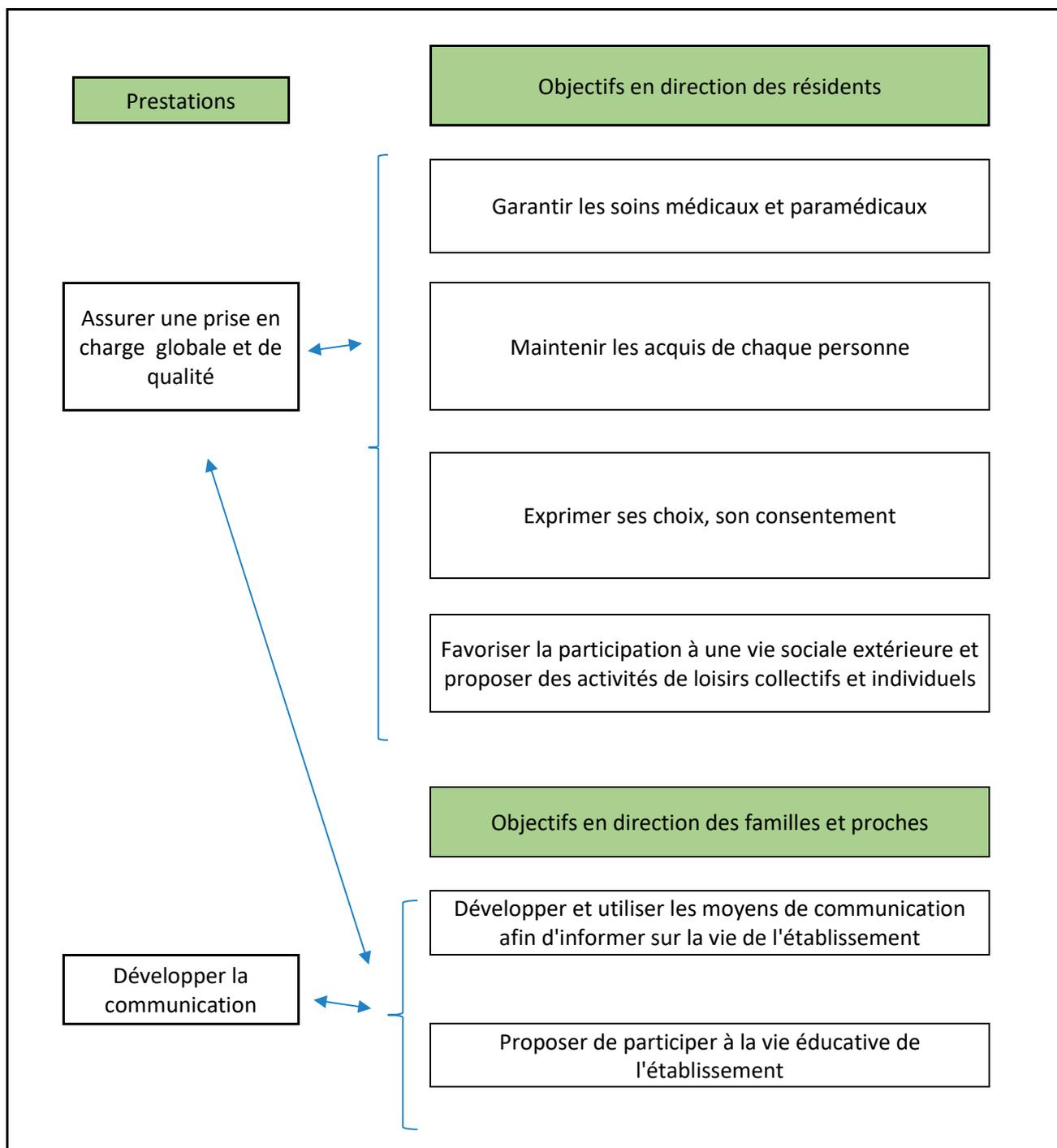
Evolutions constatées :

- ➔ Evolution du public accompagné, avec troubles du comportement plus prégnants et vieillissement important des résidents

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins avec l'évolution du public accompagné :
 - Renforcer la formation des équipes sur la gestion des troubles du comportement (communication, attitude, positionnement,...)
 - Développer une connaissance des risques liés à la santé des personnes handicapées vieillissantes

5. L'offre de services





Evolutions constatées :

- ➔ Demande des résidents d'exprimer leurs consentements, et leurs choix ; de favoriser l'inclusion sociale
- ➔ Besoin de repositionner la place de l'éducatif

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Développer le projet socio-éducatif :
 - . Développer et utiliser les moyens de communication :
 - . Proposer des supports adaptés aux modes de communication des résidents
 - . Valorisation de l'expression par la mise en place de pictogrammes
 - . Mise en place du projet numérique personnalisé (PNP)
 - . Offrir des opportunités d'interaction sociale et de communication :
 - . Création d'un pôle animation
 - . Augmentation des sorties et des partenariats
 - . Provoquer des rencontres avec les enfants du personnel et les résidents
- ➔ Améliorer la place de l'adulte au FAM JC
 - . Mise en place d'un groupe de travail sur le thème de la bientraitance

6. Le fonctionnement :

6.1 L'accueil et l'admission



Le projet global d'accompagnement (PGA) s'attache à harmoniser les pratiques d'accompagnement et de soin dans l'ensemble des établissements et services d'Envoludia, réparties dans quatre grands domaines : les soins, les activités socio-éducatives, la logistique, la participation des familles et des usagers.

Le PGA est un dispositif référentiel de cadrage mais aussi un instrument de construction collective ; un projet partagé pour une culture commune.

6.2 La participation des familles et des usagers

Le projet global d'accompagnement s'attache à favoriser la mise en œuvre des droits individuels des résidents notamment par la réalisation d'un projet personnalisé pour chacun des résidents en concertation avec les familles.

Egalement, la mise en œuvre des droits collectifs comme le conseil de la vie sociale (CVS) est un élément important de la vie de l'établissement. Au sein du FAM hors réunion exceptionnelle, le CVS se réunit trois fois par an. Le CVS est un lieu d'échange, d'expression et de résolution de problèmes, concernant à la fois les résidents, les familles, le personnel et la direction, sur toutes les questions concernant le fonctionnement de l'établissement.

C'est donc un moyen d'obtenir des propositions et des suggestions concernant le développement de la structure, des pôles et des activités proposées. Le CVS au sein de l'établissement est très actif grâce à ses membres qui le font vivre auprès de l'ensemble des familles. Les représentants du CVS sont les interlocuteurs privilégiés pour relayer l'information auprès de la direction.

La présence des familles et des proches des résidents est un élément essentiel pour le bien-être des résidents. Par conséquent, les familles et leurs proches sont toujours les bienvenus au sein de l'établissement. Durant cette période de crise sanitaire, nous avons encadré plus fortement les entrées au sein de l'établissement donc les visites. En effet, nous demandons aux familles et proches de pouvoir nous prévenir en cas de visite afin de s'assurer de l'accord du résident et de sa disponibilité. Les visites sont encadrées par des horaires de 10h00 à 12h30 et de 14h30 à 18h00 ; il est toujours possible de demander des exceptions (visite en soirée par exemple). Le FAM Jacques Cœur a le souhait d'être un établissement ouvert aux familles et proches des résidents.

Avant la crise sanitaire, il était possible pour les familles et proches de prendre des repas sur place avec le résident. Malheureusement, nous ne pouvons pas actuellement proposer ce type de prestation par manque de place.

Les familles et leurs proches sont pour nous des partenaires, ils sont toujours impliqués dans la prise en charge du résident notamment pour les questions des habitudes de vie, et la connaissance de leur dossier médical. De plus, les familles sont reconnues en qualité de référent et porte-parole pour la plupart de nos résidents. En effet, les habitudes ou le comportement du résident n'étant pas toujours les mêmes entre le FAM et le domicile des parents, le dialogue et le partage commun des problématiques ou des interrogations de l'équipe nous apportent un soutien dans la prise en charge quotidienne du résident.

Le transfert de compétences est acquis et est une nos bases de travail entre familles et établissement et réciproquement.

Les familles et leurs proches peuvent rencontrer le médecin à leur demande ou à celle du FAM dans les meilleurs délais en cas de problématique médicale ou pour faire un point.

Du point de vue éducatif, les familles sont trop peu invitées à participer à des sorties et à participer à des activités, nous souhaitons développer cette possibilité. Nous organisons plusieurs fois par an des moments festifs avec l'ensemble des familles et des proches. Nous espérons pouvoir reprendre après la crise sanitaire ces activités.

De plus, au sein du FAM les espaces sont extrêmement contraints. Nous n'avons pas d'espace réservé aux résidents et leurs familles afin qu'ils puissent les accueillir, pour ceux qui le souhaitent, hors de leur chambre ou pour déjeuner ensemble dans un espace privatif.

Nos modes de communication envers les familles et leurs proches ont évolué, durant la période de crise sanitaire et notamment durant le confinement avec les outils numériques de visioconférence ou messagerie instantanée qui sont venus nous aider à maintenir le lien entre les familles et les résidents.

Aujourd'hui, l'utilisation de l'application Skype est très présente entre les familles et les résidents.

Chaque année, à travers le questionnaire de satisfaction, nous recueillons notamment les axes d'amélioration à travailler pour l'établissement afin d'améliorer la prise en charge auprès des résidents et la communication auprès des familles.

Enfin, les familles et leurs proches ont besoin également de se retrouver et pouvoir évoquer les problématiques de l'établissement et plus largement, nous souhaitons pouvoir reprendre les rencontres animées par la psychologue dès que possible. Lors d'un CVS extraordinaire sur la thématique du nouveau projet associatif, les familles et leurs proches ont également formulé le souhait de pouvoir bénéficier d'une réunion annuelle des familles en présence d'un représentant de l'association (l'administrateur référent).



Evolutions constatées :

- Partage des informations médicales
- Demande de communication plus importante sur la vie de l'établissement et les soins de la part des parents
- Demande d'une participation plus importante des parents sur le plan éducatif
- Demande d'espace de dialogue plus important entre l'association, la direction et les familles

Actions à mettre en œuvre

- Adapter la qualité des soins :
 - . Assurer la traçabilité et le partage d'informations
 - . Créer une procédure ou une organisation afin que chaque parent puisse recevoir l'ensemble des informations médicales
 - . Améliorer l'information aux familles lors des retours de rendez-vous médicaux
- Développer l'implication des familles : pour des familles actrices au sein de l'association, des établissements
 - . Améliorer un mode de communication vers les familles afin de les informer sur la vie de l'établissement
 - . Créer un espace privilégié afin que les familles puissent passer du temps avec leurs proches
 - . Inviter les familles aux anniversaires
 - . Augmenter la participation des familles aux activités quotidiennes
 - . Mettre en place une rencontre animée par la psychologue
 - . Mettre en place une réunion des familles une fois par an en conviant un représentant de l'association (administrateur référent)

6.3 L'articulation et la cohérence du projet personnalisé

a. La construction du projet

Les projets sont co-construits avec les résidents et/ou leurs familles, et découlent d'une concertation qui permet de se coordonner afin d'aboutir à des objectifs partagés et continus.

L'analyse repose sur :

- ✓ les compétences de la personne accueillie
- ✓ les besoins explicites et recensés
- ✓ les conditions de vie
- ✓ le respect de son rythme
- ✓ la demande des proches
- ✓ l'offre de services de l'établissement
- ✓ la vie en collectivité
- ✓ le réseau partenarial

Il revient à définir un équilibre entre le besoin évalué par l'équipe pluridisciplinaire (soin et socio-éducatif), la demande formulée par la personne et ses proches et l'offre d'accompagnement que l'établissement est en mesure d'assurer.

Le projet personnalisé prend en compte plusieurs volets dont le soin et l'accompagnement socio-éducatif.

Il est rédigé au plus tard dans les 6 mois suivant l'admission et fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour reprenant la synthèse des différents objectifs.

Dans le cadre du projet global associatif, nous avons modifié notre procédure d'élaboration du projet personnalisé afin d'inclure de manière plus importante le résident et les familles/ tuteurs et/ou représentants légaux. Il ne s'agit plus de les consulter après l'élaboration du projet mais qu'ils puissent être présents, participer ensemble avec l'équipe à la création du projet. Le projet est ensuite envoyé aux parents, tuteurs et représentants légaux pour signature.

b. Le projet de soin

En qualité de lieu de vie, le FAM Jacques Cœur dispense aux résidents des soins compétents, humains et respectueux de la dignité de la personne. Ces soins sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire. Ils sont individualisés et nécessitent des compétences professionnelles techniques et relationnelles. Ils sont indissociables de la relation de confiance et d'aide qui les fondent.

Le projet de soin doit donc permettre de :

- ✓ Répondre aux problèmes de santé spécifiques liés à la pathologie mais également au vieillissement des résidents,
- ✓ Permettre l'épanouissement et le bien être des résidents.

Le plan de soin de chaque résident est proposé par le médecin et l'équipe soignante lors de son admission, et réajusté tout au long du suivi du résident. Il est adapté en fonction de l'état de santé du résident, et des réalités de la prise en charge sur le site.

Le projet de soin est centré sur le bien-être de la personne, la rééducation fonctionnelle et l'appareillage.

Ces techniques vont permettre d'accompagner au mieux le développement psychomoteur du résident, l'apprentissage de l'autonomie, le maintien des acquis et la prévention des troubles orthopédiques.

Le projet de soin s'attache également à définir la coordination et l'organisation des soins et la surveillance médicale.

Des bilans sont réalisés à l'arrivée de la personne par les différents professionnels médicaux et rééducateurs afin d'évaluer ses besoins en soin, rééducatifs et ses compétences motrices. Une partie des objectifs du projet personnalisé s'appuie sur ces bilans réactualisés périodiquement.

Ainsi, l'ensemble des actions de soin doivent se dérouler dans le respect de la personne. Elles sont dispensées dans le respect des compétences de chaque professionnel. L'organisation des soins est réfléchiée en équipe et la charge en soin est régulièrement réévaluée via les fiches individuelles de soin et les remontées des professionnels soignants.

La traçabilité des soins s'effectue sur des supports papier. Nous disposons pour le dossier informatisé de l'utilisateur, un logiciel « médiatteam », il est utilisé actuellement par le médecin coordinateur.



Evolutions constatées :

- ➔ Evolution des demandes règlementaires afin d'assurer la traçabilité et le partage des informations

Actions à mettre en oeuvre :

- ➔ Adapter la qualité des soins :
 - . Investir le logiciel du dossier informatisé de l'utilisateur par l'ensemble des professionnels

- ✚ **Le projet global d'accompagnement associatif** a fixé des axes de travail sur le projet de soins à savoir le circuit du médicament, la prévention, la télémédecine, la bucco motricité et le mouvement.

1) Le circuit du médicament

L'établissement possède une convention avec une pharmacie concernant la fourniture, la mise sous blister, la livraison des médicaments. La livraison en cas d'urgence est effective le jour même avant 14h, si la pharmacie ne peut pas nous livrer, nous allons à la pharmacie de la gare près de l'établissement.

Les médicaments sont livrés sous boîtes scellées sous blister les vendredis pour une quinzaine de jours sauf demande particulière (vacances ou urgence).

Les traitements ciblés, par exemple les stupéfiants ou les médicaments à conserver au froid, sont rangés le jour même, les autres restent à l'infirmerie au sein des caisses de livraison.

Nous possédons un coffre et un registre pour les stupéfiants.



Evolutions constatées :

- ➔ Respect de la réglementation afin d'assurer la sécurité des médicaments

Actions à mettre en oeuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins :
 - . Prévoir lors des prochains travaux, une porte pour l'infirmerie fermée à clé ou à code afin de sécuriser les médicaments

Les médicaments sont préparés dans des boîtes individualisées pour chacun des résidents. De plus, en cas de situation exceptionnelle par exemple absence de l'IDE, la directrice de l'établissement ou la responsable d'établissement peuvent déléguer la distribution des médicaments à une aide-soignante.

La dispensation des médicaments est un de nos axes d'amélioration. En effet, nous avons eu plusieurs événements indésirables à ce sujet durant l'année 2020 notamment sur des oublis de médicament la nuit.

Cette année 2021 au mois de juin, nous avons réalisé un audit sur le circuit médicament.



Evolutions constatées :

- ➔ Respect de la réglementation afin d'assurer la sécurité du circuit du médicament

Actions à mettre en œuvre :

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Mettre en œuvre les préconisations de l'audit
 - . Formalisation des protocoles

2) La prévention

Le projet global d'accompagnement associatif comprend un volet hygiène et sécurité. Le projet sera de travailler en collaboration avec le médecin coordinateur du siège, (responsable expert qualité des soins), sur la maîtrise du risque infectieux.

La lutte contre les infections associées aux soins constitue un axe essentiel d'amélioration de la qualité des soins, de la sécurité et du service rendu au résident.

La prévention et la surveillance du risque infectieux est une priorité ainsi que la lutte contre les infections qui pourraient survenir au sein du FAM.

Aucun protocole n'est formalisé sur le thème de l'hygiène comme le port des gants à usage unique, ...



Evolutions constatées :

- ➔ Respect de la réglementation afin d'assurer la maîtrise du risque infectieux

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Réaliser l'audit GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) pour analyser le niveau de maîtrise du risque infectieux
 - . Créer et mettre en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux
 - . Formalisation des protocoles

3) La télémédecine

La télémédecine regroupe l'ensemble des pratiques médicales (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale...) qui permettent aux résidents d'être pris en charge à distance grâce aux NTIC santé.

Actuellement au FAM, nous réalisons certaines consultations en télémédecine notamment à la demande des praticiens. Nous souhaiterions accentuer cette démarche afin de faciliter le parcours de soin.

De plus, nous allons début septembre 2021 mettre en place une expérimentation de télémédecine avec la société « Docs on the Road » ainsi notamment en cas d'absence du médecin coordonnateur nous pourrions avoir un médecin en ligne en 72 heures. Nous pourrions bénéficier d'un bilan pour l'ensemble des résidents.



Evolutions constatées :

- ➔ Répondre à nos obligations afin de favoriser l'accès au soin

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Mettre en place la télémédecine au sein de l'établissement

4) Le projet bucco-facial

Le projet global d'accompagnement associatif comprend un volet bucco facial. En effet, les fonctions d'alimentation et de communication orale des résidents sont touchées à différents degrés, par conséquent les résidents rencontrent des troubles de la déglutition.

L'objectif de ce projet est de garantir un temps de repas sécurisé aux usagers accueillis au sein d'Envoludia, en étant conscient des risques au repas pour chacune des personnes accueillies, et du danger qu'ils encourent sur ce temps convivial.

Chacun des résidents a été évalué par un expert bucco, par conséquent des fiches de repas individualisés ont été créées. Le matériel a été adapté aux besoins des résidents par l'achat de tables adaptables.

En fonction des besoins de chacun des résidents, l'équipe cuisine du Foyer Fam Le Malonnier Envoludia travaille sur les textures des repas (mixés, hachés).

Au sein du FAM, nous disposons de plusieurs référents bucco qui ont pour mission de s'assurer du respect des consignes lors des repas. Une réunion bi-mensuelle est organisée avec les référents bucco afin de faire le point sur le projet et d'évoquer les axes d'amélioration.



Evolutions constatées :

- ➔ Développement de la prise en charge médicale

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins :
 - . Mettre en œuvre le projet Bucco
 - . Renforcer la connaissance de l'équipe sur les troubles de la déglutition
 - . Mettre en place un planning d'accompagnement

5) Le mouvement

Dans le cadre du projet global d'accompagnement associatif, un projet « Mouvement » lié à la lutte contre la sédentarité pour les résidents va se mettre en place au sein de l'établissement.

Il a pour but de promouvoir l'activité physique auprès des résidents et le maintien de l'autonomie par la détection de leurs capacités et leurs utilisations au quotidien.

Au sein de l'établissement, le but est que les résidents soient toujours sollicités dans les actes de la vie quotidienne puis lors d'activités par le mouvement. Chaque salarié doit s'emparer de cette pratique afin qu'elle soit quotidienne et travaillée à chaque instant.

De plus, au sein de l'établissement en collaboration avec la psychomotricienne et l'animatrice, nous travaillons à la mise en place d'une activité « mouvement ».



Evolutions constatées :

- ➔ Développement de la prise en charge médicale

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Mettre en œuvre le projet MOUVEMENT
 - . Maintenir une activité physique régulière par la mise en place d'activité en lien avec le mouvement « gymnastique douce, dojo... »
 - . Kinésithérapeute : Favoriser le transfert des acquis -rééducateur vers AS /AES

En plus du projet global d'accompagnement, nous souhaitons mettre l'accent sur les sujets ci-dessous qui au FAM nous paraissent essentiels.

6) L'intégrité cutanée

L'intégrité cutanée de la peau des résidents du FAM Jaques Cœur est un sujet primordial au vu de la pathologie des résidents, de l'immobilité prolongée au sein de leur fauteuil ou lit, des positions vicieuses qu'ils peuvent adopter.

En effet, l'atteinte à l'intégrité de la peau peut venir d'une pression prolongée, d'une irritation de la peau et/ou d'une immobilité.

Les soignants ont un rôle clé. En effet, ils ont un regard quotidien sur l'état cutané lors de la prise en charge nursing. Egalement, ils ont pour mission de respecter les protocoles de soin par conséquent les préconisations de changement de position.

→ La prévention des escarres

L'escarre est une nécrose cutanée d'origine ischémique consécutive au décubitus prolongé et localisée aux points d'appui. Elle est source d'une souffrance physique et psychique et peut être vitale.

La prise en charge des troubles cutanés s'effectue en priorité par la prévention. Il est nécessaire d'assurer des soins d'hygiène de qualité, de posséder du matériel adapté de qualité, une nutrition correcte, une sensibilisation du personnel à la prévention d'escarres et un dépistage aux stades les plus précoces.

En termes de prévention, plusieurs actions sont mises en place au sein du FAM :

- Bilan de l'état cutané lors des soins de nursing par les soignants,
- Suivi d'un bilan général : poids, goût, autonomie alimentaire, état bucco-dentaire, bilan biologique, bilan postural

Les facteurs de risque tels que la dénutrition, l'incontinence et l'immobilisation sont pris en compte et les moyens respectifs de prévention sont mis en place (matelas et coussins anti-escarres correspondant aux différents besoins, substituts de repas hyperprotéidiques, protections de l'incontinence urinaire et fécale...).

Selon l'évaluation, des actions sur mesure sont mises en place soient préventives en absence des escarres, soient curatives. Dans le cas contraire, nous établissons un protocole de prise en charge médicale (médecin coordonnateur) et paramédicale (IDEC, IDE, soignants, psychomotricienne, psychologue, Kiné ...).

Le traitement curatif sera assuré par de bonnes techniques de soin, par un suivi rigoureux des protocoles mis en place et par un partenariat étroit avec le réseau Plaies et Cicatrisations.



Evolutions constatées :

- Développement de la prise en charge médicale

Actions à mettre en œuvre

- Adapter la qualité des soins
 - . Améliorer la prise en charge concernant l'intégrité cutanée
 - . Respecter les bonnes pratiques concernant la toilette
 - . Favoriser les changements de position
 - . Assurer leur connaissance par les salariés
 - . Créer une procédure de prise en charge des escarres
 - . Nommer un référent « plaie et cicatrisation »
 - . Evaluer régulièrement le risque d'escarre, mise en place du matériel nécessaire et de la surveillance correspondante

7) La prise en charge de la douleur :

La douleur a été définie par le groupe de travail affecté sur ce thème.

La douleur se définit :

- ✓ comme un état de mal-être,
- ✓ une sensation,
- ✓ elle n'est pas que physique,
- ✓ elle peut être psychique,
- ✓ c'est un état de souffrance,
- ✓ elle peut être causé par un faux mouvement
- ✓ Elle impacte les actes de la vie courante
- ✓ Elle peut être chronique ou passagère
- ✓ La douleur est subjective et propre à chacun.

Au FAM, chaque résident exprime sa douleur de manière différente « par le faciès, par des mimiques, de manière orale, par des grincements de dents, par une réaction au toucher, par un comportement agressif ou de la violence... ».

La douleur n'est pas toujours que physique, par conséquent la psychologue de l'établissement en lien avec l'équipe jugera si la mise en place d'un soutien psychologique (prise en charge non médicamenteuse individuelle) est nécessaire ou si le résident a besoin d'une consultation auprès d'un psychiatre (au CMP ou un psychiatre individuel) avec l'avis du médecin coordinateur.

Le personnel soignant a aussi relevé le fait que, notamment pour les résidents qui ne communiquent pas de manière orale, les soignants ont tendance à interpréter pour eux. Par ailleurs, il a été constaté que la plupart des résidents supporte la douleur même si les soins peuvent être douloureux.

L'évaluation de la douleur est basée sur l'observation menée des soignants sans se référer aux échelles d'évaluation peu connues des professionnels.

Le médecin coordonnateur s'assure de l'efficacité de la prise en charge de la douleur à toutes les étapes (prévention, traitement, suivi des actions...).

Pour répondre aux injonctions réglementaires, mais surtout dans un souci éthique, nous devons mettre en place une démarche cohérente de prise en charge de la douleur. Sa prévention, son dépistage et son traitement sont une priorité de l'établissement.



Evolutions constatées :

- ➔ Développement de la prise en charge médicale

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins :
 - . Améliorer la prise en charge de la douleur
 - . Faire bénéficier à l'entrée dans l'établissement d'un dépistage de la douleur afin de connaître les signes de douleur chez le résident
 - . Créer une échelle d'évaluation de la douleur ou utiliser une échelle normée
 - . Créer une procédure d'évaluation de la douleur et de réévaluation à intervalle régulier

8) Les gastrostomies

Au sein du FAM, il y a plusieurs résidents ayant une gastrostomie (3 actuellement).

La gastrostomie est une intervention consistant à réaliser, au niveau de l'abdomen, un orifice faisant communiquer l'estomac avec l'extérieur. Une sonde permet alors la possibilité d'introduire directement l'alimentation dans l'estomac : c'est ce qui s'appelle la nutrition entérale.

Nous considérons les soins de gastrostomie comme des soins de la vie quotidienne par conséquent les soignants effectuent le passage de l'eau via la sonde, l'arrêt de la sonde...

Malheureusement, nous ne sommes pas en conformité avec les textes. Actuellement, seules les IDE peuvent pratiquer des soins de gastrostomie. Par conséquent, nous souhaitons travailler avec l'établissement Foyer FAM Le Malonniers et notre partenaire FORCILLES (expert sur le nutrition entérale) sur ce point afin d'être en conformité avec les textes en vigueur et posséder une habilitation de façon que l'ensemble des soignants (aide-soignant / AES) puissent pratiquer les soins de la vie courante auprès des résidents ayant une gastrostomie.



Evolutions constatées :

- ➔ Développement de la prise en charge médicale

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Améliorer la prise en charge des résidents ayant une GPE (Gastrostomie percutanée endoscopique)
 - . Rédiger un guide pratique sur les modalités d'accompagnement au FAM d'une personne porteuse d'une gastrostomie, abordant les problématiques suivantes :
 - Principes de l'alimentation, de l'hydratation et de la prise des traitements (cf circuit du médicament).
 - Surveillance de l'administration et du suivi de l'alimentation comme du bouton (qui, comment, quoi...)
 - Gestion de l'urgence (procédure d'urgence, bouton de rechange, sonde, protocole, service ressource...) et les soins locaux
 - Gestion du matériel et des nutriments (Nutripompe, sac à dos, tubulure, prestataire)
 - Nécessaire travail simultané de l'oralité
 - Délégation de tâches entre l'IDE et l'AS ou AES, qui décrit les différents gestes
 - . Constitution d'un réseau (Signer une convention avec FORCILLES)
 - . Retentissement sur la socialisation, l'éducatif (sortie...)

9) L'état dentaire

Suite à un ancien partenariat avec le réseau « Apolline » (association dissoute), chaque résident a pu bénéficier d'une évaluation et des préconisations en matière dentaire. Actuellement, les résidents bénéficient d'un suivi dentaire régulier (dépistage et soin) par une dentiste au sein de son cabinet.



Evolutions constatées :

- ➔ Développement de la prise en charge médicale

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Améliorer la prise en charge de l'état dentaire
 - . Fiches individuelles d'hygiène orale à incorporer au fiche de déglutition

c. Le projet socio-éducatif

Au sein du FAM, l'établissement se divise en deux unités, le Zephyr au rez-de-chaussée comprenant 11 résidents et le Santa Ana au 1er étage comprenant 12 résidents.

Les groupes sont homogènes et présentent les mêmes caractéristiques.

Dans le cadre du projet global d'accompagnement, un travail approfondi va être réalisé sur 4 thèmes à savoir :

- ➔ Les troubles du comportement,
- ➔ La stimulation basale
- ➔ La communication alternative et augmentée
- ➔ Le projet numérique personnalisé.

1) Les troubles du comportement

Les troubles du comportement se font plus importants. Ils se traduisent la plupart du temps par des troubles de l'humeur tels que des cris, insultes, pleurs... Il n'est pas toujours facile pour le personnel de comprendre et de travailler avec le résident sur ces comportements excessifs. Un référent au siège va être recruté afin de nous aider sur ces questions.

2) La stimulation basale

La stimulation basale est une approche qui s'adresse aux personnes ayant une altération de la communication, de la sphère motrice avec peu ou pas de repères dans le temps ou l'espace.

Sur un plan plus concret, les interventions de la stimulation basale sont des activités de communication, de mouvement et de perception, individuellement adaptées et qui peuvent être intégrées dans toutes les activités de la vie journalière ou dans le cadre d'activités plus spécifiques.

Nous souhaitons utiliser cette méthode afin de donner aux résidents la possibilité d'interagir avec leur environnement et leur entourage mais surtout de favoriser ainsi leur épanouissement et bien-être personnel

Cette méthode est basée sur un principe de globalité, elle utilise le corps comme vecteur de communication d'expériences, de perceptions. Dans cette approche sensorielle, trois sens sont particulièrement sollicités dans tous les actes de la vie quotidienne des résidents :

- ✓ Le somatique : sensations qui passent par la peau, le toucher
- ✓ Le vibratoire : sensations qui passent par les os
- ✓ Le vestibulaire : sensations liées au mouvement

Les résidents du FAM ayant peu de moyen de communication utilisent leurs corps afin de communiquer avec nous. Nous souhaitons former un grand nombre du personnel sur la stimulation basale.

3) Communication alternative et augmentée (CAA)

La communication regroupe l'ensemble des moyens utilisés pour échanger, délivrer un message, et comprendre les messages reçus : la parole, mais aussi la posture, les gestes, les mimiques, ou encore les intonations. Les résidents du FAM n'ayant pas ou peu de communication orale, nous utilisons au quotidien en fonction du résident des modes de communication diverses.

La communication alternative et augmentée (ou CAA) recouvre tous les moyens humains et outils permettant à une personne ayant des difficultés dans la communication de communiquer.

Nous souhaitons développer les moyens de communication, proposer des supports adaptés aux modes de communication des résidents, valoriser l'expression par la mise en place de pictogrammes. Ainsi, les résidents auront des facilités de communication notamment lors des groupes de paroles résidents. Un groupe de parole par unité est organisé une fois toutes les deux semaines.



Evolutions constatées :

- ➔ Demande des résidents d'exprimer leurs consentements, leurs choix

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Développer le projet socio-éducatif
 - . Développer et utiliser les moyens de communication
 - . Proposer des supports adaptés aux modes de communication des résidents

4) Le projet numérique personnalisé (PNP)

Le projet numérique personnalisé est un projet innovant. Il permet de déployer, auprès des personnes handicapées que nous accompagnons des solutions qui leur offrent le meilleur de la technologie tout en veillant à ce qu'elles soient vraiment adaptées aux capacités de chacun.

Suite à une évaluation menée cette année auprès de chacun des résidents, deux résidents ont été choisis afin de lancer la démarche. Notamment, il permet à une résidente de communiquer grâce à une tablette et à l'aide d'une commande oculaire. Et, il permet à un second résident de travailler sa motricité à l'aide de jeux numériques.



Evolutions constatées :

- ➔ Demande des résidents d'exprimer leurs consentements et leurs choix

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Développer le projet socio-éducatif
 - . Développer et utiliser les moyens de communication
 - . Mise en place du projet numérique personnalisé au sein de l'établissement

5) Le pôle d'animation

L'animation est certainement le meilleur moyen pour redonner sa place en tant que personne au résident au sein de l'établissement. Elle a toute sa place dans le projet d'établissement et doit être organisée à sa juste valeur. Ses objectifs sont multiples :

- ✓ Procurer du plaisir et développer le sentiment de bien-être et de satisfaction de soi
- ✓ Créer du lien entre les résidents et avec les équipes de professionnels
- ✓ Lutter contre l'isolement, le sentiment de solitude
- ✓ Maintenir des liens avec l'extérieur
- ✓ Prévenir la perte d'autonomie en maintenant des activités
- ✓ Préserver et valoriser leur rôle de personne à part entière, quel que soit leur handicap.

L'animation est proposée à chaque résident de façon adaptée, afin de ne surtout pas le mettre en échec. Elle est proposée chaque jour, mais jamais imposée.

L'établissement va recruter un ou une animatrice socio-éducative. Par conséquent, nous allons débiter cette année, la construction d'un pôle animation à part entière.



Evolutions constatées :

- ➔ Besoin de repositionner la place de l'éducatif

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Développer le projet socio-éducatif
 - . Offrir des opportunités d'interaction sociale et de communication en créant un pôle d'animation
 - . Créer et développer un réseau de bénévoles ou engager une personne en service civique
 - . Dynamiser l'équipe soignante autour des activités et en faire une priorité
 - . Former ou sensibiliser les équipes aux animations proposées
 - . Créer un projet propre pour chaque activité en précisant les objectifs poursuivis, la méthodologie retenue, les modes d'évaluation collectifs et individuels

6) Le maintien du lien social

La notion de lien social signifie l'ensemble des appartenances, des affiliations, des relations qui unissent les gens ou les groupes sociaux entre eux. Le lien social représente la force qui lie, par exemple, les membres d'une famille entre eux, ou les membres d'une communauté.

En s'intéressant plus particulièrement au FAM, et au vu de cette définition, nous pouvons définir 3 volets de travail autour du maintien du lien social :

1. Le maintien du lien avec les familles/proches
2. Le maintien avec la vie extérieure
3. Le maintien avec la vie à l'intérieur de l'établissement.

1. Le maintien du lien avec les familles/proches :

Ce qui existe déjà :

- L'accès des familles ou des proches dans l'établissement.
- L'organisation d'évènements ouvert aux familles ou aux proches (fête des familles et de l'établissement).



Evolutions constatées :

- ➔ Demande des familles de développer le lien avec l'établissement

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Développer l'implication des familles
 - . Créer un espace privilégié afin que les familles puissent passer du temps avec leurs proches
 - . Augmenter la participation des familles aux activités quotidiennes et sorties

2. Le maintien du lien avec la vie extérieure :

Ce qui existe déjà :

- Sorties aux parcs alentour, pique-nique...
- Sorties spectacles
- Echange avec le Foyer Fam Le Malonnier (pique-nique, temps de rencontre, échange pour des séjours)
- Embauche de prestataires sur des évènements internes
- Partenariat avec le service culturel de la mairie de Savigny sur Orge
- Partenariat avec la médiathèque.

Le maintien du lien avec la vie extérieure est un moyen de contribuer à une société plus inclusive en permettant aux résidents de se rendre dans l'ensemble des lieux de vie commune. De plus, nous souhaitons également participer à la sensibilisation sur le handicap des plus jeunes par des rencontres avec les enfants des salariés.



Evolutions constatées :

- ➔ Demande des résidents, des familles de favoriser l'inclusion sociale

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Développer le projet socio-éducatif
 - . Offrir des opportunités d'interaction sociale et de communication
 - . Créer un partenariat avec la médiathèque,
 - . Augmenter le nombre de sorties extérieures,
 - . Développer les activités culturelles,
 - . Provoquer des rencontres avec les enfants du personnel et des résidents

3. Le maintien du lien à l'intérieur de l'établissement.

Ce qui existe déjà :

- Repas et ateliers collectifs
- Mise à disposition de jeux
- Célébrations communes (messes, anniversaires, loto ...)
- Projection cinéma
- Revues de presse hebdomadaire
- Utiliser la borne pour la lecture de contes

d. L'évaluation du projet personnalisé

Le projet personnalisé est régulièrement réévalué en fonction de l'évolution de la situation de la personne accueillie et de son entourage. À l'instar du premier projet, la réévaluation se fait en concertation avec le résident et sa famille, au regard de l'analyse des objectifs travaillés au cours de l'année.

Le personnel, en travail pluridisciplinaire, est totalement impliqué dans la démarche en collaboration active avec les familles, tuteurs et/ou représentants légaux.

Le résident ainsi que sa famille, tuteurs sont placés au centre de la démarche car leur implication est essentielle au projet. Egalement, l'articulation entre les soins et l'accompagnement éducatif vont de paire. Les résidents ne sont pas des patients (objet de soin), il habite au FAM. C'est l'observation et la connaissance des résidents qui permettent de garantir la santé du résident et répondre à ses besoins. Cette connaissance de la personne repose sur l'observation au quotidien par les différents professionnels en fonction de leur spécificité et c'est la confrontation des différentes observations qui permet une approche plus fine et une meilleure représentation de la réalité du résident.

Sur le plan individuel, la démarche de soin fait partie intégrante du projet personnalisé. Cette démarche doit hiérarchiser les problèmes de santé et ses risques afin de permettre la surveillance et les réajustements nécessaires.

La Haute autorité de santé (HAS) recommande que cette réévaluation se fasse une fois par an, cependant les contraintes organisationnelles nous conduisent à les réévaluer tous les 18 mois. Les projets personnalisés peuvent être également revus lorsque la modification de l'état de santé des résidents le nécessite.

Un point est effectué avec les familles, tuteurs ou représentants au bout de 9 mois.

Lors du groupe de travail sur « le suivi des PP », les référents ont appuyé sur les difficultés éprouvées pour leurs suivis. Les salariés ont fait la demande d'être soutenus et encadrés pour le suivi des PP. Le but est que le projet soit connu des référents et mis en œuvre ; faire en sorte de leur rappeler leurs objectifs à court, moyen et long terme.

De plus, l'élaboration commune du projet va permettre à l'information de mieux se transmettre et permettre à chacun des membres de l'équipe de pouvoir avoir un rôle dans la vie du projet.



Evolutions constatées :

- ➔ Répondre à nos obligations en assurant le développement de la mise en œuvre du projet personnalisé

Actions à mettre en œuvre :

- ➔ Développer le projet socio-éducatif
 - . Noter systématiquement les objectifs de soin dans les projets personnalisés
 - . Présentation de chaque PP (volet projet) à l'équipe par le référent suite à la réunion d'élaboration
 - . Mise en place d'un suivi de l'effectivité des projets personnalisés avec dates de mise en œuvre des projets
- ➔ Rencontre trimestrielle avec le ou les référents par l'éducatrice spécialisée afin d'assurer un suivi des projets personnalisés

6.4 La coordination des professionnels autour du projet personnalisé

Le projet personnalisé comprend plusieurs étapes :

a. Recueil de données

Dès la visite de pré-admission, certaines informations liées à son parcours sont demandées au résident et/ou à sa famille.

Les habitudes de vie sont recueillies lors d'un entretien téléphonique par le responsable d'établissement avec les familles, tuteurs ou représentants légaux ou l'établissement d'origine. Ces dernières concernent entre autre l'alimentation, les heures de lever et de coucher, les loisirs et les déplacements et mobilisations.

Ce recueil des habitudes de vie permet de maintenir une certaine continuité entre son parcours antérieur et la vie au FAM. En conservant, dans la mesure du possible, les repères quotidiens. L'intégration à la vie au sein du FAM est facilitée.

Puis, lors de l'arrivée d'un nouveau résident, nous nommons deux référents. Ils auront pour mission de faciliter son intégration au sein de l'établissement et d'être ses repères.

Un premier point est effectué avec les familles, tuteurs ou représentants légaux un mois après son intégration. Ce mois est consacré à l'observation et au recueil de données qui permettront de construire le premier projet personnalisé.

b. La construction du projet personnalisé

Un projet personnalisé est programmé à l'issue des 6 mois après l'entrée du résident.

L'équipe pluridisciplinaire effectue ces bilans en fonction de son domaine. L'éducateur spécialisé recueille l'ensemble de ces bilans. Il a pour mission : l'élaboration, au suivi du projet individuel de la personne accueillie.

Les référents ont pour mission de réfléchir en amont au projet qu'ils peuvent proposer lors de la réunion d'élaboration du projet personnalisé.

Dans le cadre du PGA, nous avons modifié notre procédure d'élaboration du projet personnalisé afin d'inclure de manière plus importante le résident et les familles, tuteurs et représentants légaux. Il ne s'agit plus de les consulter après l'élaboration du projet mais d'être présent, participer ensemble avec l'équipe à la création du projet.

Par conséquent, la synthèse, qui est le document réunissant l'ensemble des bilans, doit être envoyées aux familles, tuteurs ou représentants légaux 15 jours avant la réunion.

Lors de cette réunion, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire nécessaire à la conception du projet est présent à savoir l'éducatrice spécialisée qui est l'animatrice de la réunion, une infirmière, la psychologue, la psychomotricienne, les référents...

La réunion se déroule en trois parties ;

1. une première partie sur les grands événements des derniers 18 mois, chaque partie présente succinctement son bilan, les référents parlent du quotidien du résident et répond aux questions des parents
2. une seconde partie sur le bilan du projet personnalisé écoulé
3. une dernière partie de construction ensemble du nouveau projet personnalisé du résident. L'ensemble des professionnels présents, résidents, familles échangent alors sur les actions à mettre en place pour pallier aux problématiques rencontrées ou répondre aux attentes du résident

Le projet est ensuite envoyé aux familles, tuteurs et représentants légaux pour signature.



Evolutions constatées :

- ➔ Répondre à nos obligations en assurant le développement de la mise en œuvre du projet personnalisé

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Développer le projet socio-éducatif
 - . Continuer la mise en place effective de la nouvelle procédure du projet personnalisé
 - . Envoyer 15 jours avant le document de synthèse réunissant tous les bilans aux parents
 - . Présentation de chaque PP à l'équipe par le référent suite à la réunion d'élaboration, suivi et mise en œuvre des PP
 - . Rencontre trimestrielle des référents par l'éducatrice afin d'assurer le suivi des PP
 - . Présentation annuelle auprès de l'équipe sur le thème des PP, noter systématiquement des objectifs soignés au sein des PP

c. Mise en œuvre et diffusion auprès du personnel

Une fois validés et signés, les projets personnalisés sont conservés et accessibles à l'ensemble du personnel au sein des unités.

Le référent est responsable de la mise en œuvre des actions validées dans le projet d'accompagnement personnalisé du résident ; mais ces actions peuvent être menées par tous.

6.5 La coordination avec les partenaires

L'établissement dispose de plusieurs partenariats, nous avons deux catégories de partenaires, ceux rattachés aux soins et ceux rattachés à l'éducatif.

L'action de ces différents partenaires a pour objectif d'apporter une réponse aux besoins non satisfaits de l'établissement, afin d'enrichir l'offre de service et de développer une ouverture vers l'extérieur.

L'objectif est de répondre aux projets personnalisés de chaque résident.

a. Le réseau de soin

L'établissement appartient à un réseau de soin avec des structures et des partenaires en amont et en aval. Des conventions de partenariat ont été signées notamment avec l'hôpital de secteur pour la prise en charge des urgences, le laboratoire d'analyse médicale, la pharmacie, ISIS médicale en cas de besoin d'oxygénothérapie... Chacun de ces partenaires nous permet une prise en charge adaptée et la plus respectueuse possible des résidents.

Egalement, nous avons un partenariat avec CECCOIA, médecin MPR (médecine physique et de réadaptation) qui nous permet de renouveler l'ensemble des appareillages.

Au vu du vieillissement des résidents, l'accompagnement de fin de vie est au cœur de nos préoccupations.

Par conséquent, nous avons conventionné avec le réseau NEPALE.



Evolutions constatées :

- ➔ Besoin de former les professionnels

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Sensibiliser le personnel sur la question de la fin de vie
 - . Travailler sur une nouvelle convention de partenariat avec l'hôpital de Longjumeau afin d'obtenir une prise en charge plus rapide au sein des urgences

b. Le réseau éducatif

L'établissement mène des activités d'expression. Une art thérapeute (intervenante extérieure) est intervenue une fois par semaine auprès d'un groupe de résidents, nous recherchons actuellement une nouvelle intervenante.

L'activité « thérapeutique » : La musicothérapie et la zoothérapie : animées par des intervenants extérieurs est proposée à un petit groupe de 4 à 5 résidents sur un cycle trimestriel.

De plus, une intervenante d'handisport intervient 1 fois tous les 15 jours afin de créer une dynamique liée au développement de la pratique physique et sportive auprès d'un groupe de résidents.

Egalement, nous travaillons en partenariat avec un établissement de l'association, les Malonniers (Foyer de vie / FAM). Des invitations réciproques aux fêtes institutionnelles renforcent le lien entre les deux structures. De plus, nous organisons des séjours de transfert à destination des résidents.

Enfin, tous les résidents sont invités à bénéficier un mois par an, d'un séjour à l'Hacienda (foyer de vie de l'association) dans les Alpes de Haute Provence. Ainsi, les résidents ont la possibilité de se rendre dans la vallée de l'Ubaye où ils sont invités à pratiquer d'autres activités comme le ski, la joëlette ...

6.6 Les projets logistiques

Le projet global d'accompagnement va nous amener à travailler sur deux thèmes à savoir la restauration et l'entretien.

a. La restauration

Les repas, nous sont livrés par l'équipe cuisine le foyer FAM Le Malonnier. Les menus sont évalués par une diététicienne afin d'évaluer un équilibre alimentaire, des régimes particuliers peuvent être prescrits par le médecin en cas de dénutrition du résident ou de perte de poids importante.

Afin d'améliorer cette prestation, une commission des menus se réunit de manière semestrielle au foyer FAM Le Malonnier.

De plus, nous avons mis en place le matériel adapté à la disposition des résidents pour maintenir leur autonomie pour s'alimenter et s'hydrater.

Les horaires des repas permettent de respecter au mieux le rythme de vie des résidents : amplitude de 08h30 à 9h30 pour le petit déjeuner, le déjeuner de 12h15 à 13h30 et dîner à partir de 18h45.

Les repas pris dans la salle à manger peuvent être servis en chambre en cas de besoin.

Au mois de juin, l'ensemble des établissements desservis par la cuisine centrale du foyer FAM Le Malonnier ont été victimes d'une toxi-infection alimentaire collective (TIAC). Un contrôle et un audit ont été effectués au sein de la cuisine

centrale foyer FAM Le Malonnier et au FAM ce qui a permis de nous interroger sur nos pratiques et de créer un plan d'amélioration.



Evolutions constatées :

- ➔ Mise en œuvre d'un audit suite à une TIAC

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Mise en œuvre des préconisations suite à l'audit de la cuisine satellite

b. L'entretien (le projet hôtelier)

Afin d'assurer l'entretien des locaux, nous disposons au sein de l'établissement deux agents logistiques. Egalement, nous disposons d'une lingère qui est affectée au nettoyage du linge.

La responsable d'établissement dirige l'équipe et s'assure du respect des procédures. Actuellement, nous ne disposons pas de procédures de bio nettoyage. De plus, l'extension de l'établissement nous demande de revoir l'ensemble de l'organisation des agents logistiques.

L'entretien du linge personnel des résidents est intégralement pris en charge par l'établissement. Le linge est collecté tous les matins et tous les soirs par le personnel soignant à l'aide de sacs prévus à cet effet et descendus en salle « linge sale ». Une fois lavé et séché, il est déplacé en pièce propre, repassé, plié et rangé dans les chariots affectés par étage avec des casiers nominatifs par résident. Le linge est remonté par la lingère 1 fois par semaine en début d'après-midi et rangé dans les armoires personnelles.

Le linge plat (draps, taies d'oreiller et sacs de collecte) est géré également par la lingère.

L'entretien des tenues du personnel est également réalisé par la lingère de l'établissement. Dans l'avenir, une société extérieure devrait effectuer l'entretien des tenues du personnel.



Evolutions constatées :

- ➔ Respect de nos obligations par la mise en place des procédures réglementaires de la vie quotidienne (bio nettoyage, lingerie)

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Mise en place d'une organisation dans le cadre du nouvel aménagement
 - . Rédiger les protocoles d'entretien du linge
 - . Créer un circuit linge propre, linge sale
 - . Mettre en place un planning de lavage des voilages, rideaux, couvre-lits et couverture
 - . Mettre en place des réunions mensuelles avec l'équipe hôtelière
 - . Re sensibiliser les équipes sur la répartition des tâches entre l'équipe hôtelière et soignante
 - . Créer un planning journalier des missions à effectuer en fonction de l'organisation et du matériel à utiliser

- . Rédiger les protocoles de bio-nettoyage
- . Contrôler la propreté des chambres
- . Mettre en place un planning de nettoyage à fond des chambres
- . Effectuer une évaluation de la charge, créer une nouvelle organisation comprenant la surface supplémentaire
- Effectuer une évaluation de la charge

6.7 La fin de l'accompagnement



Au sein du FAM, la fin de l'accompagnement est soulevée par les familles pour des rapprochements familiaux. En effet, certains résidents et familles souhaitent venir vivre au sein d'un établissement proche du domicile de leur famille. Il y a des familles qui vivent sur d'autres départements. Le trajet pour venir rendre visite à leur enfant/protégé est long et pénible pour des parents qui vieillissent. Pour l'instant, les familles sont en attente de réponse des établissements pressentis.

De plus, la fin de l'accompagnement se traduit plus particulièrement par l'accompagnement de fin de vie. Nous avons réalisé plusieurs accompagnements. Au sein du FAM, nous possédons une convention avec le réseau « NEPALE », réseau en soin palliatif. Il s'agit d'une équipe mobile qualifiée, composée de médecins et infirmiers coordinateurs, d'un ergothérapeute, d'une assistante sociale et d'une psychologue de coordination qui nous ont déjà apporté leurs appuis spécialisés pour une résidente en fin de vie.

Lorsque la personne est en fin de vie, la priorité est de veiller à soulager les symptômes désagréables et s'assurer que la personne est confortable en respectant la dignité, l'image et l'identité de la personne jusqu'au bout. Le confort doit ainsi être obtenu avec les moyens les moins agressifs possibles en s'adaptant aux besoins et au sens du besoin. A ce moment-là, on ne traite pas, on prend soin. Cependant, si la prise en charge est jugée trop lourde par l'équipe soignante ou que la famille le demande, une hospitalisation peut être préconisée. En effet, nous n'avons pas d'infirmier la nuit. Par contre, nous pourrions mettre en place avec l'accord de la famille et si possible un accompagnement avec une HAD.

Il est important pour le résident et sa famille que celui-ci puisse avoir le choix du lieu de sa fin de vie si possible.

Un soutien psychologique par la psychologue pourra également être proposé aux proches du résident durant sa fin de vie afin de faciliter le processus de deuil.

7. L'organisation

7.1 L'organisation interne

L'établissement fonctionne 365 jours par an, 24h/24h.

Le secrétariat est ouvert de 9h00 à 17h le mardi, jeudi et vendredi (fermé de 12h30 à 13h30).

7.2 Les temps de concertation

L'organisation et le fonctionnement de l'établissement prévoient différentes instances de réunions ayant chacune des objectifs précis : communication, information, réflexion, orientation.

Type de réunion	Objectifs	Participants	Fréquence
Réunion de coordination			
Temps de transmission soignants	Relais entre l'équipe entrante et sortante	RE, IDE, soignants	Journalier : 07h15 à 07h30, 14h05 à 14h30 et de 21h15 à 21h30
Temps de transmission IDE	Relais entre l'équipe entrante et sortante	IDE	Journalier : 13h30 à 14h
Réunion médicale	Point sur les situations médicales des résidents / Organisation des soins	IDE / RE / Médecin	Lundi de 14h à 15h30
Réunion éducatif / paramédicale	Point éducatif et paramédicale/ animation de la semaine / Suivi des PP	Directrice / RE / Educatrice / Animatrice / Psychomotricienne / Ergothérapeute	Mardi de 10h à 11h
Réunion Equipe de direction	Situation et problématique de l'établissement	Directrice / RE	Vendredi de 15h à 16h
Réunion sociale	Droit sociaux des résidents et les demandes d'admission	Directrice / Assistante sociale	Bimensuelle
Réunion de Projet			
Réunion PP	Construction avec la famille et le résident de son PP	Familles, résident, équipe pluridisciplinaire	Fonction de la date de renouvellement du PP / 1 heure 30
Réunion bucco	Problématique bucco des résidents / organisation	RE / Référénts bucco	1 fois par mois
Commission menu	un point sur la qualité / quantité des repas / Exprimer les attentes des résidents, leurs goûts	Résident / Personnel/ Educatrice / RE/ Chef cuisinier	Trimestriellement
Réunion institutionnelle			
Réunion générale	Informations générales / Point sur chacun des résidents / Focus sur une problématique	Ensemble du personnel	Tous les mardis de 14h à 16h
Analyse des pratiques			
Groupe d'analyse de la pratique	Observation et analyse de situations professionnelles, résolution de cas problèmes	Animateur extérieur + professionnels par unité	2h mensuellement

L'établissement doit s'améliorer pour certaines réunions sur la réalisation de compte-rendu et de relevé de décision. De plus, il nous paraît nécessaire avec la création d'un pôle animation de créer un espace de paroles pour les résidents dans le choix des animations et de leurs évaluations.



Evolutions constatées :

- ➔ Besoin plus important de traçabilité

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Développer le projet socio-éducatif
 - . Créer une commission d'animation afin d'évaluer les activités mises en place, de faire participer les résidents au choix des prochaines animations collectives
- ➔ . Pour chacune des réunions rédiger un compte-rendu et un relevé de décision

7.3 Les pratiques de transmission et d'échange

a. Entre professionnels

Nous avons plusieurs temps de transmission afin de pouvoir assurer un accompagnement global du résident.

De manière journalière : Les réunions de transmission pour l'équipe soignante et éducative sont de 07h15 à 07h30, 14h05 à 14h30 et de 21h15 à 21h30 afin d'effectuer le relais entre l'équipe entrante et sortante. Les IDE ne sont présentes que lors de la réunion de transmission de 14h.

Egalement, les infirmières ont une réunion de transmission entre 13h30 et 14h. La visite du médecin est réalisée le lundi matin de 10h à 11h en collaboration avec l'infirmière.

A l'issue de la visite, le médecin inscrit ses préconisations sur la fiche visite médecin du résident puis rédige les ordonnances nécessaires.



Evolutions constatées :

- ➔ Besoin d'améliorer le partage de l'information entre les acteurs

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Créer une organisation afin de s'assurer que chaque membre de l'équipe IDE prenne acte des préconisations du médecin ainsi que l'équipe soignante, le résident et sa famille

Aujourd'hui, les dossiers médicaux sont sur papier, ils se trouvent à l'infirmierie.

Nous possédons un logiciel de dossier de l'utilisateur informatisé « MEDITEAM » que nous commençons à exploiter. Aujourd'hui, le logiciel ne permet pas de tracer la prise en charge des résidents en nursing et nous en conservons une grande partie sous forme papier.

Au sein du service, nous possédons plusieurs outils tels que le classeur de consultations à destination du médecin coordonnateur. Les IDE possèdent un classeur par unité ou sont consignées leurs transmissions ciblées. Il y a également d'autres supports de traçabilité tels que le suivi des poids, du transit, ...

Chaque semaine une feuille de suivi individuel des consignes de soin est mise en place par les IDE lors des week-ends au sein des classeurs des soignants. Cette fiche retrace les points essentiels de la prise en charge des résidents pour la semaine à venir. De plus, dans le classeur soin des soignants, il est inséré une feuille de traçabilité soin et une feuille alimentaire et/ou hydratation en fonction des besoins.

Sur chacune des unités, nous avons un classeur nominatif par résidents. A l'intérieur, il est inséré une fiche profil (descriptif des habitudes de vie du résident et de sa prise en charge), les fiches déglutitions (descriptif détaillé de la prise en charge alimentaire et hydrique du résident) et également les projets personnalisés.



Evolutions constatées :

- ➔ Besoin d'améliorer le partage de l'information entre les acteurs

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Utiliser le logiciel de l'utilisateur informatisé « Médiatteam » par l'ensemble du personnel
 - . Développer le paramétrage du logiciel pour assurer le suivi du nursing
 - . Assurer une mise à jour des fiches profil, déglutition systématique.

b. Avec les familles

En cas de problèmes médicaux, les infirmières après analyse notent au sein du classeur « visite médicale » les problèmes de santé et les actions mises en place avant l'intervention du médecin.

Des rendez-vous médicaux auprès de spécialistes sont organisés selon les besoins de chacun des résidents. Le médecin rédige un courrier concernant l'état de santé du résident et les demandes spécifiques si nécessaire à l'attention des spécialistes. Les ordonnances en cours sont jointes à ce courrier.

La famille est impliquée dans la démarche d'accompagnement du résident. Par conséquent, elle reçoit l'ensemble des informations médicales liés à son enfant/protégé.

Egalement, les familles sont informées avant et après les rendez-vous. Le compte-rendu suite au rendez-vous leur est envoyé. La famille peut demander à tout moment un rendez-vous avec le médecin.

Par contre, les familles reçoivent peu d'information concernant la partie éducative du FAM, à savoir les activités organisées et les évènements marquants.



Evolutions constatées :

- ➔ Besoin d'améliorer le partage de l'information entre les acteurs
- ➔ Demande de communication plus importante sur la vie de l'établissement et les soins de la part des parents

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Créer une procédure afin que chaque famille puisse recevoir l'ensemble des informations médicales (comptes-rendus médicaux, date des rendez-vous,...)
- ➔ Développer l'implication des familles
 - . Améliorer notre mode de communication vers les familles pour de les informer sur la vie de l'établissement, les activités...

c. Avec les partenaires

Une grande partie de nos partenaires sont à l'écoute et répondent rapidement à nos demandes.

Nous effectuons notamment avec les partenaires éducatifs un bilan annuel de leurs prestations auprès des résidents.

Actuellement, nous possédons une convention de partenariat avec l'hôpital de Longjumeau. Nous souhaiterions pouvoir le renouveler afin d'accentuer notre partenariat, le but étant une prise en charge plus rapide au sein des urgences.



Evolutions constatées :

- ➔ Développement de la prise en charge médicale

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Adapter la qualité des soins
 - . Travailler sur une nouvelle convention de partenariat avec l'hôpital de Longjumeau afin d'obtenir une prise en charge plus rapide au sein des urgences

7.4 Évaluations et démarche d'amélioration continue

L'amélioration continue est une démarche primordiale pour garantir la pérennité de la qualité d'accompagnement.

- ⇒ La loi du 2 janvier 2002-02 rénovant l'Action sociale et médico-sociale soumet les établissements et services médico-sociaux à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations.

Le souhait du législateur était :

- ✓ d'une part de reconsidérer la place de l'utilisateur en le situant au cœur des dispositifs et de veiller à la mise en œuvre et au respect de ses droits ; et
- ✓ d'autre part d'harmoniser des pratiques souvent disparates au sein du secteur médico-social, de clarifier les actions menées et de rendre lisibles leurs effets.

- ⇒ Le décret 2007- 975 de la loi du 15 mai 2007 est venue ensuite préciser le contenu du Cahier des charges de l'évaluation.

- ✓ Il est désormais attendu des établissements et services médico-sociaux (ESMS) qu'ils réalisent 3 évaluations internes ou auto-évaluations et 2 évaluations externes tous les 15 ans, périodicité du renouvellement de leur autorisation de fonctionner.

- ⇒ Un référentiel, rédigé par le service qualité et validé par les directeurs des opérations et de la performance, reprend les obligations réglementaires, les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS et du secteur, ainsi que le référentiel rédigé en 2012 par des administrateurs de l'association sur la qualité attendue de l'accompagnement.

Le référentiel s'articule autour de 3 grands chapitres :

- ✓ Qualité du management de l'organisation
- ✓ Qualité des prestations
- ✓ Qualité de l'accompagnement

- ⇒ La visée évaluative est centrée sur la pertinence de la réponse donnée aux besoins et attentes des usagers comme socle et finalité des interventions.
- ⇒ Le recueil d'information s'attache ainsi à évaluer les conditions de mise en œuvre des activités.

Ce travail d'auto évaluation est mené avec l'ensemble des professionnels dans le cadre de groupes de travail planifiés sur l'année et dont les thèmes sont choisis au regard des obligations légales et des besoins identifiés sur le terrain, avec le soutien du service qualité.

La démarche s'est traduite par la mise en place de réunions de travail, animés par les professionnels. Au cours des 2 dernières années, les groupes de travail ont porté sur:

- la réorganisation de la prise en charge journalière des résidents (repositionnement des missions de chacun, travailler sur la gestion du temps des soignants et la sensibilisation à faire participer les résidents / la collaboration entre les AS - IDE / ME- EDUC)
- les travaux qui viennent de débuter (évaluation des besoins et travail avec l'architecte pour la proposition de plan)
- la mise à jour du projet d'établissement.



Evolutions constatées :

- ➔ Dernière évaluation externe menée en 2014
- ➔ Réalisation de l'évaluation interne avec le service qualité en 2020

Actions à mettre en œuvre

- ➔ Suivi du plan d'actions des évaluations
- ➔ Réaliser l'évaluation externe en 2023

7.5 La place de l'adulte handicapé au sein du FAM JC, la bientraitance

Dans la majorité des civilisations occidentales, la vie humaine est généralement divisée en trois phases : l'enfance, l'âge viril, la vieillesse, liées à l'idée de croissance, de stabilité et de déclin. On perçoit aisément s'agissant du polyhandicap que ces trois stades se télescopent, pouvant coexister et fluctuer pour une même personne, brouillant alors les repères habituels d'un déroulement plus linéaire. (Deschavane, Tavoillot, 2007).

D'où l'importance au sein du FAM à inscrire la vie des résidents dans les dimensions de l'âge et du temps adulte. Il est difficile pour les parents, pour les professionnels qui peuvent avoir tendance à infantiliser les résidents, mais essentiel, d'inscrire l'accompagnement de la personne polyhandicapée dans la dimension du temps qui passe.

De plus, nous souhaiterions coupler cette notion de la place de l'adulte avec celle de bientraitance.

La recommandation de l'ANESM propose une définition de la bientraitance : « *La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.* »

En effet, la reconnaissance du résident adulte et être bien-traitant sont intimement liés par une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité, une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes, une valorisation de l'expression des usagers, une démarche continue d'adaptation à une situation donnée pour les professionnels.

La bientraitance est une posture professionnelle dynamique, individuelle et collective. Elle nécessite une confiance entre les intervenants avec de l'écoute et une remise en cause. Nous souhaitons dans chacun des actes professionnels s'inscrire la volonté de prendre en compte le résident comme tout d'abord un adulte, libre de ses choix.

Le résident au sein du FAM ont peu de possibilité de communication, voire pas du tout pour certains. Il est difficile de pouvoir comprendre leur volonté. Ces difficultés de communication créent un frein à la reconnaissance de leur statut d'adulte.



Evolutions constatées :

- ➔ Demande du résident d'être considéré comme un adulte

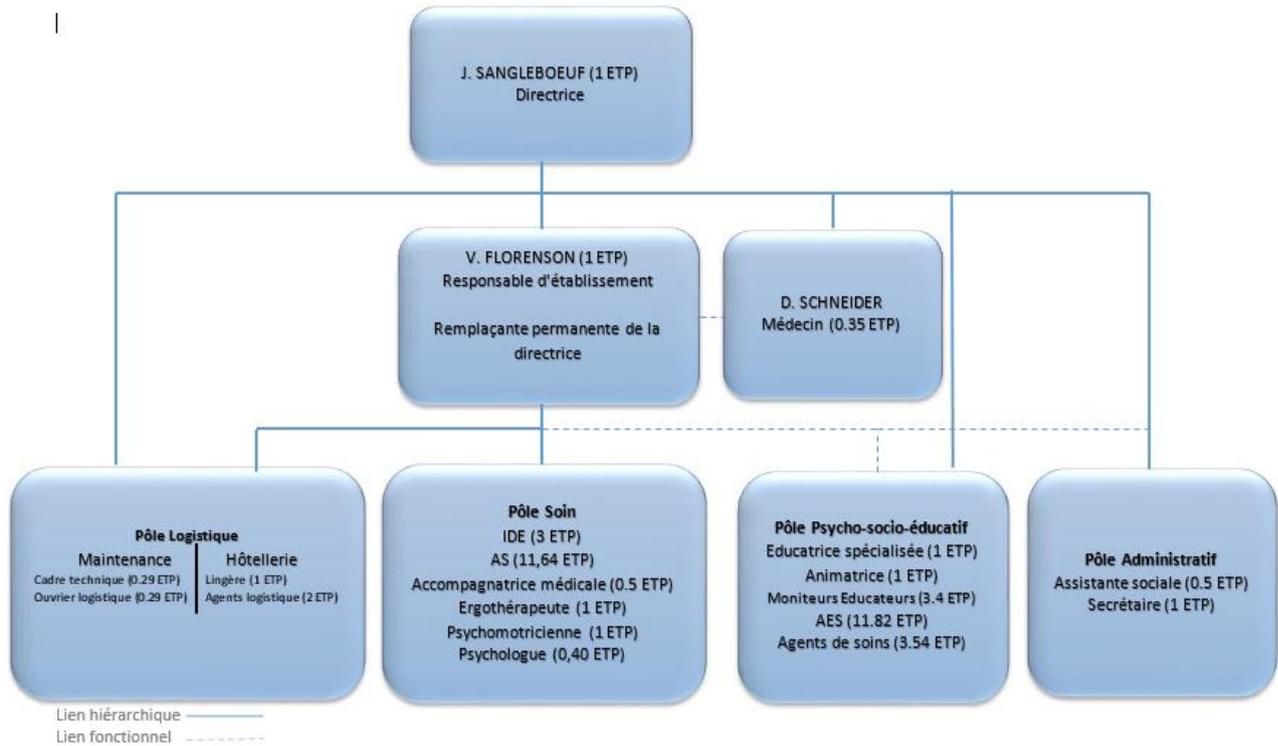
Actions à mettre en œuvre

- ➔ Améliorer la place de l'adulte au FAM JC
 - . Créer un groupe de travail sur le thème de la place de l'adulte au sein de l'établissement (sensibiliser le personnel à la maltraitance au quotidien, réaliser un état des lieux sur la notions de bientraitance/maltraitance, recueillir des pistes d'amélioration)
 - . Rappel des règles réglementaires et recommandations de bonnes pratiques HAS en la matière
- ➔ . Elaborer une charte de la bientraitance

8. Les moyens mobilisés

8.1 Les professionnels

a. Les moyens humains



b. Modalité d'accueil des nouveaux salariés

Le service ressources humaines a mis à disposition des établissements un livret d'accueil des nouveaux salariés.

Par ailleurs, la politique de formation d'Envoludia, mise en place depuis 2018, implique que tout nouvel arrivant effectue sa prise de poste au siège avec 2 jours d'intégration où les spécificités de l'accompagnement de personnes atteintes de paralysie cérébrale lui sont présentées.

Dans les premières semaines de prise de poste, le nouveau salarié sera accompagné par des personnes préalablement désignées dans son établissement afin de s'assurer de sa compétence à réaliser les actes techniques de base, conformément à la procédure d'intégration des nouveaux salariés.

c. L'accueil de stagiaires

L'établissement accueille des stagiaires chaque année venant des différents organismes de formation (IFSI, CFE, IRFASE...), principalement des stagiaires : « aide soignant » et « accompagnant éducatif et social ».

Egalement, nous accueillons des stagiaires de première année en cursus infirmier. Sur l'année, nous accueillons environ, une quinzaine de stagiaire.

d. Les logiciels métier

Chaque professionnel dispose d'un accès personnalisé, répondant aux normes de sécurité HDS (Hébergeur des Données de Santé) et paramétré selon le niveau d'information qui leur est accessible afin de garantir la confidentialité des données.

Il accède ainsi :

- ✓ au dossier de l'usager informatisé, permettant l'échange d'information et la traçabilité des actes et activités;
- ✓ à la base documentaire de l'association permettant l'accès aux procédures et documents utiles à la bonne réalisation de leur mission, ainsi qu'aux fiches de poste et documents légaux.

8.2 L'accompagnement dans le développement des connaissances et compétences

Depuis janvier 2018, Envoludia propose, dès l'embauche, à tous les professionnels un parcours de formation qui leur permet d'acquérir et de développer des compétences professionnelles adaptées aux personnes accompagnées.

Selon la nature du métier, de la formation initiale et des spécificités du public accueilli, un programme particulier de formation est arrêté, ils constituent le "Passeport Envoludia", qui certifie à l'issue de sa validation au bout de la première année les aptitudes et compétences nécessaires pour accompagner de la meilleure manière possible les personnes atteintes de paralysie cérébrale.

Globalement le passeport, en plus des 2 jours d'intégration; est constitué de :

- ✓ 1 journée sur le thème de la communication augmentée,
- ✓ 1 journée sur le thème de l'alimentation,
- ✓ 1 journée sur le maniement des personnes.
- ✓ pour les rééducateurs s'ajoutent 2 journées sur le thème de l'évaluation du sujet paralysé cérébral.

Au-delà du passeport, Envoludia propose des formations spécifiques métier.

Ainsi ont été formés :

- ✓ l'ensemble des infirmiers et aides-soignants, à la gastrostomie,
- ✓ les personnels de nuit, sur le thème de la préservation de leur santé et sur le sujet du confort de l'utilisateur la nuit,
- ✓ l'ensemble des personnels techniques en charge du ménage a reçu une formation sur le balai vapeur

Il sera prochainement proposé :

- ✓ la toilette (techniques de décontraction) ;
- ✓ le désencombrement respiratoire,
- ✓ la gestion de la douleur
- ✓ la fin de vie,
- ✓ la gastrostomie,
- ✓ l'état dentaire,
- ✓ les personnes handicapées vieillissantes,
- ✓ la prise de constante (la tension, la température...)

Un accent tout particulier sera mis sur la formation du personnel médical, paramédical, et soignant, afin de s'assurer que toute personne intervenant auprès des résidents soit formée, informée et apte à répondre à une dépendance physique et psychique importante. Le personnel sera également sensibilisé sur le thème de la fin de vie.

8.3 Les ressources financières

Le foyer d'accueil médicalisé bénéficie d'un financement du Conseil Départemental de l'Essonne pour la partie hébergement.

Tous les ans, un arrêté de tarification en fonction du budget accordé, est transmis à l'établissement. Il précise le tarif journalier applicable.

- Pour l'exercice 2021, le tarif journalier applicable est de 201,40 euros

L'Agence Régionale de Santé finance la partie soin du fonctionnement du foyer.

Un arrêté annuel définit la dotation globale accordée.

Pour l'exercice 2021, le forfait journalier de soins s'élève à 78.16 €.

ENVOLUDIA pour l'ensemble de ses établissements va signer un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) avec ces deux financeurs, très prochainement.

Les budgets d'investissement sont employés dans le but d'une démarche d'amélioration continue des outils techniques. Ainsi, les équipements sont régulièrement renouvelés et une réflexion est menée pour les améliorer. Les budgets d'investissement dans les prochaines années vont être mobilisés pour réaménager les espaces après les travaux.

8.4 L'organisation architecturale de l'établissement

Le FAM se compose d'un sous-sol, d'un rez de chaussée et d'un étage.

Les locaux s'organisent sur 3 niveaux de la manière suivante :

	Foyer d'accueil médicalisé Jaques Cœur
Sous-sol	Atelier service entretien Lingerie Espaces de stockage Salle de repos du personnel Vestiaire
RDC	Pôle administratif : Bureau responsable d'établissement, secrétaire Pôle Paramédical : Bureau médecin Salles Infirmierie, Kinésithérapie, Psychomotricité, Ergothérapie Pôle socio-éducatif Bureau éducateur spécialisé, animateur Pôle hébergement : Unité de vie Zephyr 11 chambres 2 salle de bain WC 2 WC adapté 1 salle polyvalente (activité, réunion...) 1 salle à manger
1er étage	Pôle administratif : Bureau directrice / assistante sociale Unité de vie Santa Ana 12 chambres dont une d'accueil temporaire 3 salles de bain WC 1 salle polyvalente (activité, réunion...) 1 salle à manger

Chaque unité de vie est composée de chambres, d'une salle polyvalente pour les activités et d'une salle de restauration.

Les chambres sont aménagées pour permettre un espace privatif personnalisable. Elles sont toutes équipées d'un lit médicalisé, d'une armoire, d'une table de nuit, d'un bureau et d'une télévision. La personnalisation des chambres et leur appropriation sont encouragées par l'établissement.

Certains équipements comme les douches et WC, sont collectifs.

Il s'avère que l'architecture et la vétusté de ce bâtiment engendrent de nombreux freins à la réalisation des projets de vie des personnes accueillies et au confort de travail des professionnels. Par conséquent, des travaux de restructuration, d'embellissement et la construction d'une extension ayant pour but d'agrandir les chambres et de créer des espaces collectifs plus importants viennent de débiter au cours de l'année 2021. Les travaux ont une durée de 18 mois.

Ils sont composés de :

<p>TRAVAUX D'EXTENSION</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Réalisation d'un corps de bâtiment sur deux niveaux, RdC et R+1, dans l'angle Sud/Ouest du site et totalisant 204 m² connecté au bâti existant . Au Rdc : 4 Chambres, 1 Salle de Bain, un local stock linge sale, un dégagement comportant un espace de convivialité. . Au R+1 : 4 Chambres, 1 petit local rangement, un dégagement et l'accès à un escalier de secours.
<p>TRAVAUX DE RESTRUCTURATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> . <u>Le sous-sol</u> <ul style="list-style-type: none"> > Lingerie : Aménagement d'une « marche en avant » composé successivement de trois locaux : laverie, séchage et buanderie, totalisant plus de 39 m². > Aménagement de locaux, vestiaires > Création d'un local atelier, destiné à la maintenance du site. > Création de surfaces de stockage, une réserve intérieure et une extérieure, à couvert et grillagée . <u>Le Rez-de-Chaussée :</u> <ul style="list-style-type: none"> > Dans la partie ouest, agrandissement des chambres à plus de 15m² et création d'une grande salle de bain. Reconfiguration de la circulation débouchant sur les espaces de l'extension. > Dans la partie est, les chambres, le dégagement et l'issue de secours en bout de circulation sont supprimés au profit de la création du local de repos du personnel (env. 21 m²). > Dans la partie nord, à droite du monte-malade, décroisonner les deux sanitaires résidents pour n'en former plus qu'un, plus fonctionnel, agrandir le bureau situé entre le hall et la cage d'ascenseur . <u>Le 1er Etage :</u> <ul style="list-style-type: none"> > Uniquement dans la partie ouest, agrandissement d'une chambre à plus de 15m², création d'une grande salle de bain et d'un local stock linge sale. > Reconfiguration de la circulation pour déboucher sur les espaces de l'extension, et le nouvel escalier de secours de l'étage. > A l'autre extrémité, intervention sur le cloisonnement de la salle de bain existante en supprimant le sas au profit de la facilité d'accès à la pièce.

TRAVAUX D'AMENAGEMENT	<p>Rez-de-Chaussée :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Reprise des peintures murales et révision des plafonds Les chambres 1 et 2 deviennent des bureaux > La salle de bains devient l'infirmerie > L'infirmerie devient une salle de bain > La salle d'activité existante reçoit un mur mobile (porte intégrée) permettant une division du lieu en deux locaux autonomes. > Le bureau de direction situé dans l'aile Ouest est réutilisé en espace snoezelen > Cloisonnement pour réalisation d'un local SSI <p>R+1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> > La chambre 23 devient une salle de balnéothérapie > La chambre 20 devient un bureau > Suppression de la porte d'issue de secours en extrémité de circulation, remplacée par une fenêtre (suppression de l'escalier extérieur)
------------------------------	--

TRAVAUX D'AMELIORATIONS TECHNIQUES, DE CONFORT ET D'EMBELLEMENT	<ul style="list-style-type: none"> > Mise en œuvre d'un système d'appel malade comprenant une fonction audio dans l'ensemble de l'établissement (Chambres et pièces d'eau) > Remplacement des luminaires > Equipement de l'établissement en Wi-Fi public/privé > Extension du SSI à la partie neuve
--	---

LES AMENAGEMENTS EXTERIEURS	<ul style="list-style-type: none"> > Création d'un local de stockage des déchets accessibles depuis la rue Mermoz > Création d'espaces de déambulations extérieurs intégrant les cheminements autour du pôle médical. > Un complément de clôture est proposé entre celui-ci et le parking, ainsi que sur la rue Mermoz (Cis portail) > Plantation, engazonnement, haies, arbustes...
------------------------------------	--

1. La première phase des travaux est de 09 mois, elle comprend la réalisation de l'extension principale et le rattachement au bâtiment existant. Il a été réalisé le déménagement de 6 résidents durant cette période de travaux au sein du foyer FAM le Malonniers puisque 7 chambres ont dû être neutralisées car contigues au chantier. Par conséquent, les travaux vont s'effectuer sur un site occupé par 17 résidents au sein de l'établissement.
2. Puis, la second phase d'une durée de 7 mois comprend les travaux de restructuration, d'aménagement, d'amélioration technique, de confort et d'embellissement ainsi que les aménagements extérieurs. Ces travaux s'effectueront en présence des 23 résidents sur site occupé. Ils s'effectueront par phasage et une partie du bâtiment sera en travaux durant un temps. Nous allons effectuer un grand nombre de déménagement durant cette période.



Evolutions constatées :

- Organisation de l'espace d'accompagnement du résident

Actions à mettre en œuvre

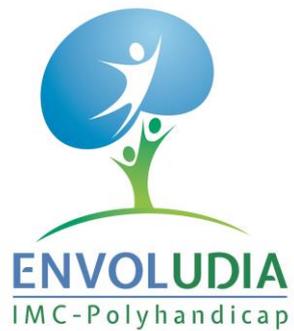
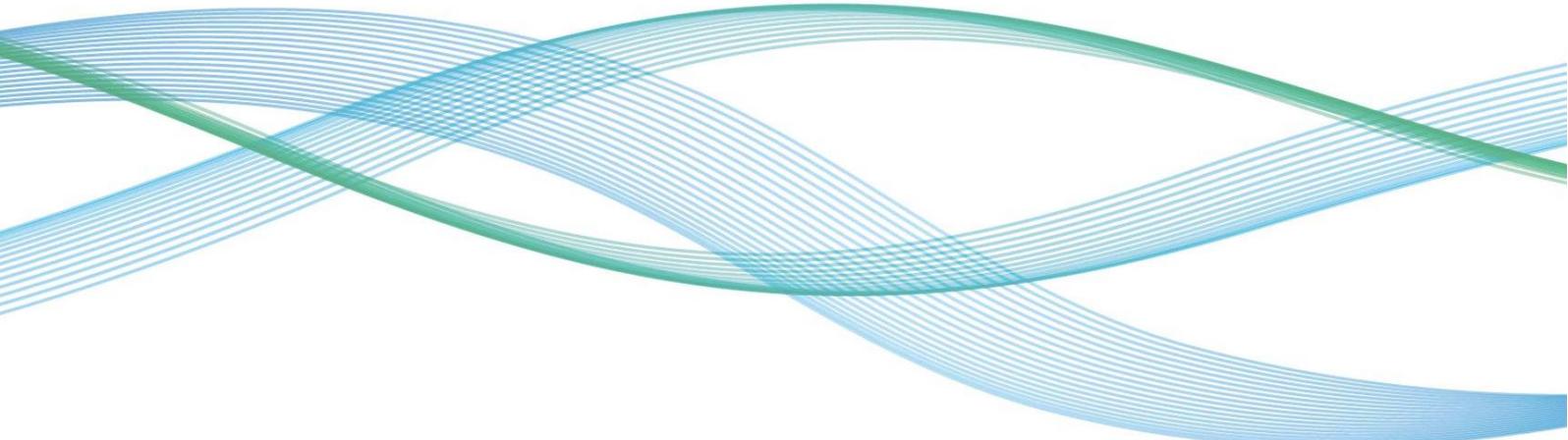
- Mise en place d'une organisation dans le cadre du nouvel aménagement
 - . S'approprier le nouveau bâtiment : création d'un groupe de travail (circuit du linge, circuit « sale propre », affectation des salles d'activité...)
 - . Mise en place d'un groupe de parole pour les résidents pour le choix des chambres
 - . Présentation aux familles du futur nouvel aménagement

9. Annexe 1 - Plan d'actions 2021-2025

Objectifs généraux	Actions à mener		Responsable de l'action	Indicateurs de suivi	Calendrier - échéance				
					2021-2022	2022-2023	2023_2024	2024_2025	2025_2026
Adapter la qualité des soins	1	Formaliser l'organisation	RE	Nombre de réunions de travail sur le thème / Création de nouveau support (douleur...)			X		
	2	Développer la prise en charge médicale	Médecin coordinateur / RE / IDEC	Nombre d'action d'amélioration mise en place suite à l'audit / Nombre de protocoles de soin créés					X
	3	Assurer la traçabilité et le partage des informations avec les résidents et les familles	Médecin coordinateur / RE / IDEC	Complétude des dossiers informatisés de l'utilisateur / Nombre de dossiers informatisés de l'utilisateur / Nombre de rendez-vous médicaux avec les familles			X		
	4	Former les professionnels	Médecin coordinateur / RE / IDEC	Nombre de formations réalisées / Nombre de personnels formés					X
	5	Formaliser la gestion des risques liés au soin	Médecin coordinateur / RE / IDEC	Nombre d'actions d'amélioration mises en place suite à l'audit / Nombre de protocoles de soin créés			X		
Développer le projet socio-éducatif	1	Développer la mise en œuvre du projet personnalisé	DE / Educateur spécialisé	Compte-rendu de réunions de présentation sur le thème du projet personnalisé / Nombre de bilans, évaluation du résident / Nombre de projets personnalisés mis à jour / Nombre de rencontre afin d'assurer le suivi (référents et éducateur spécialisé)		X			

Objectifs généraux	Actions à mener		Responsable de l'action	Indicateurs de suivi	Calendrier - échéance				
					2021-2022	2022-2023	2023_2024	2024_2025	2025_2026
	2	Développer et utiliser les moyens de communication	Ergothérapeute / Psychomotricien	Nombre de nouveaux supports adaptés / Nombre de résidents ayant bénéficiés de ces outils				X	
	3	Offrir des opportunités d'interaction sociales et de communication avec les familles	Educateur spécialisé	Nombre de sorties par an / Nombre d'actions mises en place avec les partenaires / Nombre d'événements professionnels /Familles					X
Mise en place d'une organisation dans le cadre du nouvel aménagement	1	Organisation de l'espace d'accompagnement du résident	DE / Psychomotricien	Nombre de réunions d'information suite à l'appropriation des lieux pour les professionnels et les résidents / Taux de satisfaction des professionnels, des résidents et des familles	X				
	2	Mise en place des procédures règlementaires de la vie quotidienne (bio nettoyage, lingerie)	RE	Nombre de procédures mises en place	X				
Améliorer la place de l'adulte au FAM JC	1	Mise en place de groupe de travail et d'échanges sur le thème de la bientraitance	Assistante sociale / Psychologue	Nombre de réunions / Nombre de professionnels participant à ces réunions			X		
	2	Développer les outils d'expression / participation des résidents	Ergothérapeute / Psychomotricien	Nombre de nouveaux supports adaptés / Nombre de résidents ayant bénéficié de ses outils				X	

Objectifs généraux	Actions à mener		Responsable de l'action	Indicateurs de suivi	Calendrier - échéance				
					2021-2022	2022-2023	2023_2024	2024_2025	2025_2026
Développer l'implication des familles (Pour des familles actrices au sein de l'association, des établissements)	1	Créer un mode de communication vers les familles afin de les informer sur le vie de l'établissement	Animateur	Création du support / Nombre d'envois auprès des familles	X				
	2	Créer un espace privilégié afin que les familles puissent passer du temps avec leurs proches	Directrice	Création de l'espace		X			
	3	Inviter les familles aux anniversaires	Animatrice	Nombre d'invitations effectuées auprès des familles / Nombre d'anniversaires réalisés avec les familles			X		
	4	Augmenter la participation des familles aux activités quotidiennes	Animatrice	Nombre d'activités auxquelles les familles ont participé Taux de satisfaction des résidents / familles/professionnels			X		
	5	Mettre en place une rencontre animé par la psychologue	Psychologue	Nombre de rencontres animés par la psychologue	X				
	6	Mettre en place une réunion des familles une fois par an en conviant un représentant de l'association (administrateur référent)	Directrice	Nombre de réunions organisées	X				



Jennifer SANGLEBOEUF | Directrice

FAM Jacques Cœur

9, rue Jacques Cœur 91600 SAVIGNY SUR ORGE

T : 01 69 45 40 43 | **P** : 06 88 27 75 10

@ : jsangleboeuf@envoludia.org

WWW.ENVOLUDIA.ORG |    

 **LABEL IDEAS**
L'EXIGENCE
en action