

## EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE CHALON SUR SAONE

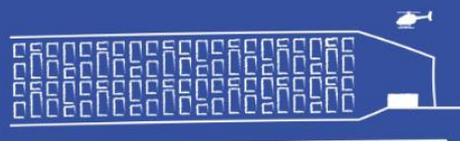
# PROJET MEDICO- SOCIAL 2024-2028

### Site du Bois de Menuse

56 Chemin de la Coudre  
71100 CHALON SUR  
SAONE

### Site Les Terres de Diane

2 Avenue de l'Europe  
71100 SAINT REMY





# SOMMAIRE

<b>Glossaire</b> .....	<b>4</b>
<b>Chapitre 1 : projet de l'organisme gestionnaire concernant la filière médico-sociale territoriale</b> .....	<b>6</b>
<b>A. Le projet médico-social territorial</b> .....	<b>7</b>
1. Les valeurs portées par le Projet Médico-Soignant Partagé de Territoire (PMSPT) .....	7
2. Bienveillance et Droits des résidents .....	7
3. Lieu de vie collectif .....	7
4. Accompagnement individuel .....	8
5. La structure et ses professionnels .....	8
<b>B. Les projets envisagés</b> .....	<b>9</b>
1. Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) .....	9
2. La prise en charge des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV).....	9
3. La mise en œuvre de places d'Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation (HTSH).....	9
4. Des modalités d'accompagnement via le concept d'EHPAD hors les murs à développer.....	9
<b>C. Des partenariats à renforcer</b> .....	<b>10</b>
1. Les USLD .....	10
2. Les SMR .....	10
3. L'EMGe.....	10
<b>Chapitre 2 : l'EHPAD</b> .....	<b>11</b>
<b>A. Préambule</b> .....	<b>11</b>
1. Présentation synthétique de l'établissement .....	11
2. Histoire de l'établissement.....	11
<b>B. Pilotage</b> .....	<b>12</b>
1. La gouvernance .....	12
2. Les instances .....	12
2.1 - Le Conseil de Surveillance (CS) .....	12
2.2 - Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) .....	13
2.3 - Le Comité Social d'Etablissement (CSE) .....	16
<b>C. Le projet médico-social de la structure</b> .....	<b>19</b>
1. Le changement de site de l'UHR et le parcours des résidents.....	19
2. Le développement de la fonction d'Infirmier(e) de Pratiques Avancées (IPA).....	20
3. Le développement du logiciel métier (Easily).....	20
<b>D. Le projet médico-social du résident</b> .....	<b>20</b>
1. L'accompagnement du résident et la place de son entourage.....	20
1.1 - La préparation de l'admission .....	21
1.2 - L'accueil et la co-construction du projet d'Accompagnement personnalisé (PAP) .....	21
1.3 - L'accompagnement à la santé.....	24
1.4 - La fin de vie.....	29
2. L'animation et la vie sociale .....	32
2.1 - Politique territoriale .....	32
2.2 - Politique locale de l'animation .....	33
<b>E. Le projet qualité risques clientèle</b> .....	<b>37</b>
1. Politique territoriale .....	37
1.1 - Contexte .....	37
1.2 - Exercice garanti des droits et libertés : consentement éclairé, expression de la volonté, participation à la décision, consentement et confidentialité... ..	37
1.3 - Accompagnement individualisé de qualité favorisant l'autonomie.....	38

1.4 - Prévention et évaluation des risques.....	38
1.5 - Bienveillance et prévention des risques de maltraitance.....	38
1.6 - Déclinaison de la qualité au travers de la politique de Ressources Humaines.....	39
2. La déclinaison locale de la politique de gestion des risques.....	39
2.1 - La gestion des évènements indésirables.....	39
2.2 - La gestion des risques spécifiques et les structures d'appui.....	40
<b>F. Le projet social et sa déclinaison opérationnelle.....</b>	<b>40</b>
1. La politique du Centre Hospitalier William Morey.....	40
1.1 - Les Lignes Directrices de Gestion (LDG).....	40
1.2 - Le Rapport Social Unique (RSU).....	41
1.3 - La Prévention des risques professionnels.....	41
2. La politique de montée en compétences.....	43
2.1 - La formation initiale.....	43
2.2 - Le plan de formation du CHWM.....	43
2.3 - Le plan de formation « communauté d'établissements ».....	43
3. L'accueil et l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux professionnels.....	43
4. La qualité de vie au travail.....	44
4.1 - Renforcer la capacité des professionnels à s'exprimer et agir sur leur environnement de travail....	44
4.2 - Donner du sens au contenu du travail.....	45
4.3 - Améliorer les conditions de travail.....	46
4.4 - Les axes à développer.....	46
<b>G. Le projet achat.....</b>	<b>47</b>
1. Politique territoriale des achats.....	47
2. Objet.....	48
3. Objectifs de la politique Achat.....	48
4. La traduction en 5 axes des objectifs de la fonction achat.....	49
<b>H. Le projet système d'information.....</b>	<b>52</b>
1. Projet territorial du système d'information.....	52
2. Contextes et enjeux.....	53
3. Les axes stratégiques du SDSI.....	53
<b>I. Le projet développement durable et travaux.....</b>	<b>55</b>
1. La politique territoriale de développement durable.....	55
2. Travaux.....	56
3. Maintenance des installations.....	57
4. Sécurité.....	57
5. Développement Durable.....	58
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>62</b>



## Glossaire

Abréviation	Signification
<b>AES</b>	Accompagnant Educatif et Social
<b>AFGSU</b>	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
<b>AH</b>	Assistant Hôtelier
<b>AMP</b>	Aide Médico-Psychologique
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation En Santé
<b>ANESM</b>	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AS</b>	Aide-Soignant(e)
<b>CAPI</b>	Commission d'Amélioration des Pratiques liées à l'Incontinence
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CESU</b>	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
<b>CGC</b>	Centre gérontologique du Chalonnais
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail
<b>CHWM</b>	Centre Hospitalier William Morey
<b>CLAN</b>	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
<b>CLIN</b>	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
<b>CLUD</b>	Comité de Lutte contre le Douleur
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>CNR</b>	Crédits Non Reconductibles
<b>COSTRAT</b>	Comité Stratégique
<b>CREX</b>	Comité de Retour d'Expérience
<b>CS</b>	Conseil de Surveillance
<b>CSE</b>	Comité Social d'Etablissement
<b>CSIRMT</b>	Commission Soins Infirmiers, Rééducation et Médicotechnique
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>CTE</b>	Comité Technique d'Etablissement
<b>CVS</b>	Conseil de Vie Sociale
<b>DAMRI</b>	Démarche d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux
<b>DGARS</b>	Directeur Général de l'ARS
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'Offre de soins
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DU</b>	Diplôme d'Université
<b>DUERP</b>	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
<b>EAPA</b>	Enseignant en activité physique adaptée
<b>ECPA</b>	Echelle Comportementale pour Personnes Agées
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EMG</b>	Equipe Mobile de Gériatrie
<b>EMGe</b>	Equipe Mobile de Gériatrie externe
<b>EMHT</b>	Equipe Mobile d'Hygiène de Territoire
<b>EMSP</b>	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
<b>EN</b>	Echelle numérique permettant d'évaluer la douleur
<b>EOHH</b>	Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
<b>EPGP</b>	Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie
<b>EPSM 71</b>	Nom de l'Etablissement Public de Santé Mentale membre du GHT

<b>ESMS</b>	Établissement ou service social ou médico-social
<b>EVS</b>	Echelle Verbale Simple permettant d'évaluer la douleur ressentie de la personne
<b>F3SCT</b>	Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail
<b>GDS</b>	Nom de l'échelle « Geriatric Depression Scale » permettant d'évaluer la dépression chez les personnes âgées
<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier de Territoire
<b>GHT SLBM</b>	Groupement Hospitalier de Territoire Saône et Loire Bresse Morvan
<b>HAD</b>	Hospitalisation A Domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HTHSH</b>	Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation
<b>IFAS</b>	Institut de Formation Aide-Soignant
<b>IFSI</b>	Institut de Formation en Soins Infirmiers
<b>IDE</b>	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
<b>IMC</b>	Indice de Masse Corporelle
<b>INESSS</b>	Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux
<b>IPA</b>	Infirmier(e) en Pratique Avancée
<b>LDG</b>	Lignes Directrices de Gestion
<b>MNA</b>	Nom du test « Mini Nutritional Assessment » permettant d'identifier les personnes âgées dénutries ou présentant un risque de malnutrition
<b>ObsAR</b>	Observatoire des Achats Responsables
<b>OMEGA H</b>	Objectif Mieux Etre Grand Age en Hébergement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PAAT</b>	Plan d'Action Achat de Territoire
<b>PAP</b>	Projet d'Accompagnement Personnalisé
<b>PASA</b>	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
<b>PHV</b>	Personne Handicapée Vieillissante
<b>PME</b>	Petite ou moyenne entreprise
<b>PMSPT</b>	Projet Médico-Soignant de Territoire
<b>PUI</b>	Pharmacie à Usage Intérieur
<b>RBPP</b>	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
<b>RESAH</b>	Nom de la centrale d'achat « Réseau des Acheteurs Hospitaliers »
<b>RPS</b>	Risques Psychosociaux
<b>RSU</b>	Rapport Social Unique
<b>RUD</b>	Risque Urgence Dangerosité
<b>SMR</b>	Services de Médecine et de Rééducation
<b>UGAP</b>	Nom de la centrale d'achat public « Union des Groupements d'Achat Public »
<b>UHR</b>	Unité d'Hébergement Renforcée
<b>UNIHA</b>	Nom du groupement d'achat des hôpitaux publics « Union des Hôpitaux pour les Achats »
<b>USLD</b>	Unité de Soins Longue Durée
<b>UVA</b>	Unité de Vie Alzheimer
<b>UVP</b>	Unité de Vie Protégée



## Chapitre I : projet de l'organisme gestionnaire concernant la filière médico-sociale territoriale

La direction commune « Nord 71 » a engagé, en 2021, de concert avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne Franche-Comté et le Conseil Départemental de Saône et Loire, une réflexion sur l'optimisation des prises en charge de patients âgés et dépendants sur l'ensemble du territoire.

Nos réflexions se sont appuyées sur le rapport que Dominique Libault a remis en Mars 2019 au ministre des solidarités et de la santé. Ce dernier recense 175 propositions visant à faire évoluer la politique du grand âge. Ce rapport a modélisé 8 priorités visant à mieux accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie. Parmi elles, deux entrent particulièrement en résonance avec ce projet :

- Priorité 2 : « Pouvoir choisir librement de rester à son domicile. Pour que cette liberté soit effective, un certain nombre d'obstacles au maintien à domicile doivent être levés ».
- Priorité 5 : « Une nouvelle offre pour concrétiser le libre choix de la personne. L'ensemble de l'offre doit évoluer vers une approche plus attentive aux besoins des personnes et sortir d'une approche binaire avec le cloisonnement entre EHPAD et domicile pour proposer une gamme de solutions intermédiaires, mieux articulées entre elles » (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Par ailleurs, l'épisode pandémique de la COVID-19 et ses nombreuses répercussions sur l'isolement et la qualité de vie des personnes, ont renforcé la dynamique nationale visant à faire évoluer la prise en charge des sujets âgés, notamment en EHPAD. En effet, si « la crise a renforcé des situations d'isolement qui préexistaient » (Guedj, 2020) elle a renforcé la prise de conscience collective de cette problématique qui a dès lors été traduite dans le rapport du défenseur des droits de 2021.

Dans ce rapport, le défenseur des droits fait ressortir l'importance pour les personnes âgées de disposer du libre choix de leur lieu de vie. Ce qui « [...] suppose, pour la personne âgée en perte d'autonomie, une offre couvrant un large spectre de réponses adaptées à ses besoins, allant du logement individuel, avec ou sans accompagnement par des services spécialisés, jusqu'à l'accueil en EHPAD, en passant par d'autres formules intermédiaires, tel que le logement collectif ou inclusif » (Défenseur des droits, 2021).

Par ailleurs, Jérôme Guedj a formulé, dans son rapport remis à Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, la recommandation suivante : « Favoriser les solutions alternatives qui répondent aux envies et aux besoins des personnes âgées » (Guedj, 2020).

Sur la base d'un diagnostic ébauché par un cabinet d'audit, un groupe de travail interne à la direction commune s'est constitué afin de faire évoluer l'organisation des établissements et la graduation des prestations.

Ainsi, la direction commune Nord 71 ainsi que le GHT Saône et Loire Bresse Morvan ont amorcé, ces 2 dernières années, une évolution majeure de l'offre de soins à destination des personnes âgées du territoire.



## A. Le projet médico-social territorial

### I. Les valeurs portées par le Projet Médico-Soignant Partagé de Territoire (PMSPT)

Le Projet Médico Soignant Partagé du Territoire, même s'il concerne bon nombre de thématiques relevant du sanitaire, a été travaillé avec des acteurs de la Direction Commune, notamment de la filière Gériatrique, qui ont mis en exergue des valeurs communes clairement identifiées et qui concernent bien évidemment le secteur médico-social.

- L'engagement pour le Service Public.
- La responsabilité collective qui implique des questionnements sur les parcours des usagers et la coordination entre les différentes structures.
- La Bienveillance, l'humanisme et l'éthique : ces valeurs concernent les usagers mais aussi le management et la vie au sein des équipes.
- La confiance : importante en transversalité entre structures mais également au sein de chacune d'entre elles.
- Le décloisonnement et l'ouverture : valeurs essentielles au sein du secteur médico-social alors que le lieu de vie de l'utilisateur doit par définition être ouvert sur la société.

Ces valeurs fondamentales, guidant la dynamique de soins ont servi de base à la réflexion concernant les lieux de vie des usagers des établissements parties à la direction commune. Ce projet d'établissement s'appuie également sur le décret 2024-166 du 29 Février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Une stratégie collégiale de l'approche du lieu de vie médico-social a ainsi été élaborée au sein de la Direction commune.

Le passage d'un domicile à un lieu de vie collectif ne peut se faire sans une préparation préalable multi-partenaire comprenant le futur résident, ses proches, l'établissement d'accueil et bien sûr les équipes qui y exercent. La vision de chacun contribue à améliorer et à faire évoluer constamment un environnement qui se veut le plus serein possible.

### 2. Bienveillance et Droits des résidents

La bienveillance 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 des usagers en gardant à l'esprit le risque de maltraitance » (source OMS).

Bienveillance et respect des droits fondamentaux sont donc des valeurs transversales incontournables qui ne font qu'une. La Bienveillance doit pouvoir se décliner sous toutes ses formes et se traduire au quotidien de façon partagée par les résidents, leurs proches et les professionnels qui les accompagnent. Une vision commune des différentes traductions du respect des droits (expression, assentiment, respect des choix et des refus, liberté d'aller et venir...) est la colonne vertébrale des organisations qui permettent ainsi de lutter contre la survenue de toute forme de maltraitance, y compris passive.

### 3. Lieu de vie collectif

L'EHPAD doit avant tout être considéré comme un lieu de vie qui va accompagner le résident dans son parcours, souvent de l'admission jusqu'à ses derniers jours. Entre ces deux périodes, le parcours du résident sera émaillé d'étapes parfois douloureuses à vivre en termes de diminution de l'autonomie. Ce parcours doit pouvoir être fluide et le plus proche possible des attentes de la personne accompagnée. Liens sociaux intra et extra-structure, vie culturelle et citoyenne sont priorités pour lutter contre le risque d'isolement, que celui-ci soit consécutif à l'admission ou survenant en cours de séjour. Cette lutte contre l'isolement induit la notion de « pair-aidance », le collectif au sein même de la structure étant un recours favorisant l'intégration

et la vie sociale. La participation active des résidents à la construction des règles de fonctionnement de l'établissement est attendue.

Les Conseils de Vie Sociale tiennent toute leur place dans l'organisation des structures et l'implication dans l'organisation de la vie collective. Ils sont sollicités autant que nécessaire, de façon systématique et régulière, comme de façon exceptionnelle lorsque cela s'avère utile.



#### 4. Accompagnement individuel

« Lieu de vie » ne veut pas dire vision collective systématique, bien au contraire. La personnalisation de l'accompagnement de chaque résident est une priorité, même si elle doit parfois intégrer diverses contraintes. Dès son admission, en concertation avec ses proches, il est indispensable de cerner les habitudes de vie du résident et de chercher à s'approcher au mieux de leur respect, dans les limites imposées par la vie collective. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé prend, dans ce contexte, toute sa valeur. Etabli en concertation avec l'ensemble des partenaires, il envisage tant les souhaits du résident que son accompagnement en santé, et les potentiels risques qui pourraient découler d'un état de santé fragile, y compris dans le domaine de la santé mentale. Les proches, et notamment la personne de confiance, sont des interlocuteurs privilégiés. Ils sont informés et sollicités dès lors que cela s'avère nécessaire et de façon systématique dans le cadre de certaines démarches (Projet d'Accompagnement Personnalisé notamment). La prévention est capitale pour maintenir les résidents dans une autonomie maximale le plus longtemps possible et anticiper les problématiques de santé susceptibles de survenir. Dès lors que celles-ci sont objectivées, le Projet d'Accompagnement Personnalisé est revu et ajusté aux besoins. La prise en charge de la douleur, aiguë comme chronique est une priorité. Pour ce faire, des démarches de formation de référents au sein des catégories AS spécifiquement médico-sociales ont été organisées sur l'ensemble du territoire avec le concours du CLUD de l'Etablissement support.

#### 5. La structure et ses professionnels

La responsabilité de l'établissement se retrouve dans de nombreuses thématiques. Le lieu de vie en lui-même est important et se doit d'être utilisé au mieux en fonction des contraintes architecturales qu'il peut malgré tout rencontrer. Allier ces contraintes, la liberté d'aller et venir mais aussi la sécurité individuelle de chaque résident en fonction de son degré d'autonomie, notamment cognitive, nécessite parfois de faire des choix qui doivent être expliqués à l'ensemble des utilisateurs du site et à leurs proches.

L'accompagnement des professionnels en termes de formation est essentiel et nécessite une attention de tous les instants, compte tenu des mouvements réguliers au sein des équipes et de la charge mentale et physique inhérente aux métiers du Grand Age. Les difficultés de recrutement justifient une vigilance du quotidien quant à l'accompagnement des nouveaux arrivants en fonction de leurs cursus initiaux. Un travail territorial a été mené à ce propos afin de disposer de grilles communes de suivi au sein de l'ensemble des établissements. Beaucoup de domaines justifient une acquisition ou un maintien de compétences. Pour autant, les effectifs requis au quotidien limitant le nombre d'agents susceptible de partir concomitamment en formation, il a été mis en place avec un grand nombre de structures de la région, un collectif support d'organisation de formations permettant à quelques agents de chaque structure de pouvoir participer à des actions ponctuelles qui ne pourraient pas être mises en place par un établissement isolé. A cette démarche, s'ajoute le plan de formation spécifique à chaque établissement de la Direction Commune. Le rappel des bonnes pratiques professionnelles est une pratique courante, selon des méthodes adaptées par chaque structure.

La démarche réflexive, tant individuelle que collective, doit être encouragée au maximum, afin de définir les meilleures organisations et accompagnements au regard des moyens mis à disposition. Comme pour l'évaluation des acquisitions, une volonté de démarche territoriale d'analyse des pratiques est en cours de concrétisation.

Un accent particulier est mis sur la communication au sein des équipes, mais aussi sur la responsabilisation de celles-ci. Chaque agent doit en effet aller lui-même au-devant des informations dès lors qu'il en connaît les méthodes de diffusion.

Enfin, la vigilance portée à la qualité de vie au travail n'est pas laissée pour compte via diverses démarches visant tout autant l'ergonomie du quotidien (rails lève malades par exemple) que l'aménagement de locaux ou la réflexion sur le temps de travail. Il est en effet indispensable de pouvoir compter sur des équipes motivées, intéressées par leur activité spécifique d'accompagnement et appréciant leur cadre d'exercice professionnel.



## B. Les projets envisagés

### 1. Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)

L'EHPAD de Chalon rattaché au centre hospitalier William Morey comprend une unité de 14 lits d'USLD réservée aux personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Afin de développer véritablement la dimension territoriale de cette structure spécifique, il conviendrait de diversifier les adresseurs. Les premières conventions signées avec les EHPAD du bassin de vie ont permis d'accueillir, courant 2023, les premiers résidents hors CH William Morey.

### 2. La prise en charge des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV)

A ce jour, 8 places indifférenciées sont « réservées » à l'accueil des PHV les moins dépendantes sur l'établissement médico-social de Toulon sur Arroux. 6 autres places seront ouvertes, réservées aux PHV les plus dépendantes, lorsque les travaux nécessaires à la réhabilitation des locaux seront effectués. Il convient désormais d'évaluer l'opportunité de développer cette offre sur d'autres sites de la direction commune.

### 3. La mise en œuvre de places d'Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation (HTSH)

Le GHT Saône et Loire Bresse Morvan œuvre au développement, dans le cadre de sa filière gériatrique de territoire, de plusieurs modalités d'accompagnement à destination des usagers subissant une rupture de leur aidant, suite à une hospitalisation (évaluation de la perte d'autonomie) et/ou dans l'attente de la mise en place d'un accompagnement spécifique au domicile (adaptation du logement, prestations d'aide à domicile ...).

### 4. Des modalités d'accompagnement via le concept d'EHPAD hors les murs à développer

- EHPAD hors les murs « surveillance nocturne »

Ce dispositif doit sécuriser le maintien à domicile des usagers en situation de dépendance. Il vise à assurer la surveillance nocturne des personnes accompagnées grâce à des équipements domotiques. Ces dispositifs permettent de garantir l'intervention rapide d'un professionnel au domicile en cas de besoin (chute, comportement inhabituel ...). Ce projet favorise le maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées fragiles et poly-pathologiques.

L'accompagnement de la personne est assuré jusqu'à son institutionnalisation ou son décès.

- **EHPAD hors les murs « aide aux aidants »**

Cette modalité vise à favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance en offrant du répit aux proches aidants tout en maintenant le bénéficiaire dans son environnement habituel. Concrètement, un intervenant rémunéré assure la surveillance de la personne aidée en l'absence de son proche aidant.

L'équipe peut également aider les aidants à trouver des services compétents leur permettant d'être soulagés de façon pérenne.



## **C. Des partenariats à renforcer**

Conjointement à ces projets, il convient de consolider les liens indispensables avec les différentes structures sanitaires que sont, entre autres, les Unités de Soins Longue Durée (USLD) et les Services de Médecine et de Rééducation (SMR).

### **1. Les USLD**

Historiquement, la totalité des places d'USLD du nord du département étaient attribuées au CH d'Autun.

Dans une dynamique de redistribution territoriale, afin de faciliter l'accès à ces unités à l'ensemble des habitants du bassin de vie, il a été décidé de développer 60 places d'USLD à Chalon sur Saône et d'en maintenir 27 à Autun. Dès 2025, 30 places supplémentaires devraient être installées à Montceau les Mines.

### **2. Les SMR**

Une étude de l'offre SMR sur le nord 71 a fait apparaître des disparités locales.

En effet, le bassin minier dispose de 120 lits de SMR publics, sans offre privée. En revanche, le bassin chalonnais-Chagny-Louhans ne disposait que des 42 lits de SMR de l'établissement support du GHT. Ainsi, il a été acté de transférer les 30 lits de Toulon sur Arroux sur le CH de Chagny., portant ainsi le capacitaire de ce bassin de vie à 72 lits.

Pour accompagner ces partenariats, il sera opportun de capitaliser sur la mise en place d'une Equipe Mobile de Gériatrie externe (EMGe).

### **3. L'EMGe**

A l'heure actuelle,

- L'EMGe du bassin Chalon - Chagny - Louhans est fonctionnelle ;
- L'EMGe a débuté sur le bassin minier avec un médecin à 40%. Elle doit à l'avenir se développer.
- L'EMGe du bassin autunois-Morvan n'est pas, à ce jour, fonctionnelle.

La diversification de ces offres sur le territoire devrait permettre de faciliter le parcours des patients requérants. Plus proche de leur domicile et de leurs aidants naturels, les usagers devraient voir leur qualité de vie et de prise en charge inéluctablement s'améliorer.



## Chapitre 2 : l'EHPAD

### A. Préambule

#### 1. Présentation synthétique de l'établissement

L'EHPAD rattaché au Centre Hospitalier de Chalon sur Saône s'organise en deux sites :

Le site de Terres de Diane, situé à proximité du Centre Hospitalier sur la commune de Saint Rémy, et qui comprend :

Une unité de 60 lits : les Arcs

Une unité de 30 lits : Taisey

Deux unités de vie Alzheimer de 15 lits chacune : Callisto

Ce site accueille également le PASA, commun aux deux sites, et qui comprend 14 places.

Le site de Bois de Menuse, situé au nord de Chalon sur Saône, et qui comprend :

Une unité de 60 lits : les Prêles

Une unité de vie Alzheimer de 30 lits : Les Bruyères

Une unité d'hébergement renforcée : le fil d'Ariane.

#### 2. Histoire de l'établissement

L'histoire de l'EHPAD débute avec la création, par l'évêque de chalon aidé de quelques habitants qui avaient acheté des maisons au faubourg Sainte-Marie (centre-ville de Chalon-sur-Saône, le long des quais de Saône), de l'hospice Saint Louis. Cet hospice correspond à l'hôpital général définit par Louis XIV. Il a initialement un rôle d'enfermement des vagabonds et des aliénés, d'accueil des orphelins et des pauvres mendiants de tout sexe et de tout âge de la ville. Au lendemain de la Révolution, l'Hospice Saint-Louis est constitué d'une église et de deux grands corps de logis. Des constructions, des agrandissements et des aménagements sont réalisés tout au long du 19<sup>ème</sup> siècle.

Ces bâtiments ont laissé place en 1960 au « Centre gérontologique du Chalonnais » (CGC) dédié à l'accueil et la prise en charge des personnes âgées uniquement. Le CGC était constitué d'un bâtiment administratif datant de la fondation de l'Hospice Saint-Louis, du bâtiment des « Tilleuls » (unités dites de longs séjours) et des « Glycines » (unités de soins de rééducation) construits au 18<sup>ème</sup> siècle et du bâtiment des « Rosiers » (maison de retraite) inauguré en 1977. Ce bâtiment des Rosiers a été démoli et des logements ont été aménagés dans les bâtiments les plus anciens.

En 2012, le Centre Gérontologique du Chalonnais déménage dans des locaux neufs sur les deux sites actuels. Une augmentation capacitaire fait passer la structure de 181 places à 270 : 180 sur le site de Terres de Diane et 90 sur le site de Bois de Menuse.

Depuis cette date, deux modifications sont à souligner :

En Mai 2020, l'une de deux unités de 15 places des Bruyères au Bois de Menuse est transformée en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) de 14 places. Cette unité dispose d'une vocation territoriale.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2023, l'unité traditionnelle des Cerfs (60 places à Terres de Diane) est transformée en Unité de Soins de Longue Durée. Les usagers qui y séjournent profitent de la vie de l'EHPAD au même titre que les résidents des unités médico-sociales. Cette unité, qui complète l'offre du Centre Hospitalier d'Autun, a également vocation à accueillir des usagers du territoire.

En septembre 2024, les personnes accueillies au sein de l'EHPAD sont majoritairement des femmes (67%). Les résidents présentent un niveau de dépendance principalement de type GIR 1 et 2 (67%) et GIR 3-4 (31%). L'âge moyen des résidents est de 86 ans avec des extrêmes de 102 et 58 ans. La majorité des résidents vivaient initialement dans l'agglomération chalonaise. Ils sont bénéficiaires de l'APA à 76% et de l'Aide Sociale pour 24% d'entre eux.



## B. Pilotage

### I. La gouvernance

L'EHPAD dépend du Centre Hospitalier William Morey de Chalon sur Saône. A ce titre, son directeur est le Directeur général du CHWM.

L'organisation générale est supervisée par :

- Un directeur adjoint en charge de l'organisation administrative de la structure. Il supervise notamment l'ensemble du fonctionnement réglementaire, a autorité hiérarchique sur l'équipe administrative et coordonne le fonctionnement du Conseil de Vie Sociale.
- Un directeur des soins, Coordonnateur général des Soins du CHWM et du Territoire. Il a autorité hiérarchique sur l'équipe de cadre supérieur et de cadre de santé.

Au niveau opérationnel :

Un cadre supérieur de santé coordonne l'ensemble de l'équipe des cadres de proximité, de l'équipe d'animateurs et des différents personnels non médicaux de l'établissement. Il a également autorité fonctionnelle sur l'encadrement hôtelier. Il contribue activement à la gestion stratégique et de projet de la structure en collaboration directe avec le directeur adjoint et le directeur des soins.



## 2. Les instances

### 2.1 - Le Conseil de Surveillance (CS)

#### a) Dispositions générales

Les missions du Conseil de Surveillance sont axées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

#### b) Composition et fonctionnement

Conformément à l'article 6143-5 et 6143-6 du CSP, il est composé de 9 ou 15 membres selon le ressort de l'établissement de santé. Il comprend trois collèges, chacun ayant un nombre égal de membres, où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants personnels de l'établissement et des personnalités qualifiées, dont des représentants d'usagers. Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées. Par dérogation du DGARS, le conseil de surveillance des établissements de ressort communal peut être composé de 15 membres lorsqu'un établissement dispose d'établissements exerçant une activité de soins sur le territoire de plusieurs communes ou si la somme des produits de l'assurance maladie versés annuellement est supérieure ou égale à 50 millions d'euros.

Collège 1	Collectivités territoriales	- Représentant des collectivités en fonction du ressort territorial
Collège 2	Représentants du personnel	- CME - CSIRMT - Organisation syndicales
Collège 3	Personnalités qualifiées	- Personnalités qualifiées dont 2 représentants des usagers

Participent au CS avec voix consultative :

- Le président de la CME, vice-président du directoire ;
- Le DGARS ;
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe ;
- Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;
- Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées, un représentant des familles de personnes accueillies.

#### c) Attribution du CS

Conformément à l'article L. 6143-I du CSP, le CS se prononce sur la stratégie.

Il exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement :

- Il communique au directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement
- Il opère à tout moment les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission ;
- Le conseil de surveillance formule ses observations sur les comptes de l'exercice qui lui sont adressés par le directeur aux fins de vérification (Art. D. 6143-18)
- Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, il nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes ;
- Il entend le directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.



## 2.2 - Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

### a) Dispositions générales

Conformément à l'article D311-3 du CASF, le Conseil de la Vie Sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail au sens du premier alinéa de l'article L. 344-2. Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans, des personnes relevant majoritairement du dernier alinéa de l'article D. 311-9 ainsi que dans les lieux de vie et d'accueil relevant du III de l'article L. 312-1.

## b) Composition et fonctionnement



Conformément à l'article D311-4 du CASF, la décision instituant le Conseil de la Vie Sociale fixe le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants de ce conseil. La direction notifie la décision instituant le Conseil de la Vie Sociale à l'autorité administrative compétente pour délivrer l'autorisation.

Le Conseil de la Vie Sociale comprend au moins (article D311 -5 du CASF) :

- Deux représentants des personnes accompagnées ;
- Un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu dans les conditions prévues à l'article D. 311-13 ;
- Un représentant de l'organisme gestionnaire.

Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :

- Un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services au sens du I de l'article L. 312-1 ;
- Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;
- Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées
- Un représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans les établissements et services relevant du 14° du I de l'article L. 312-1 ;
- Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;
- Le médecin coordonnateur de l'établissement ;
- Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Conformément à l'article D311-8 du CASF, le conseil fixe la durée du mandat de ses membres dans le règlement intérieur mentionné à l'article D. 311-19. Lorsqu'un membre cesse sa fonction en cours de mandat, notamment en raison de la fin de la prise en charge dont il était bénéficiaire, il est remplacé par son suppléant ou un autre bénéficiaire élu ou désigné dans les mêmes formes qui devient titulaire du mandat. Il est ensuite procédé à la désignation d'un autre suppléant pour la durée restante du mandat.

Dans les établissements et services relevant des 8°, 9° et 13° de l'article L. 312-1 et dans ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 311-6, le remplacement pour la durée du mandat restante des membres représentant les personnes accueillies peut être assuré par une procédure de désignation. L'accord des personnes désignées est requis. Les modalités de désignation sont précisées par l'instance ou la personne mentionnée à l'article D. 311-27.

Conformément à l'article D311-9 du CASF, le président du conseil est élu au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Le président du conseil de la vie sociale assure l'expression libre de tous les membres. Le président suppléant est élu selon les mêmes modalités parmi les membres représentant soit les personnes accompagnées, soit les représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5.

Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative.

Conformément à l' article D311-10 du CASF : sous réserve des dispositions de l'article D. 311-30, les représentants des personnes accompagnées et les représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5 sont élus par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des personnes accompagnées et par l'ensemble des représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5. Des suppléants sont élus dans les mêmes conditions.

Sont élus le ou les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. A égalité de voix, il est procédé par tirage au sort entre les intéressés.

Dans les établissements et services relevant des 8°, 9° et 13° de l'article L. 312-1 et dans ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 311-6, les représentants des personnes accueillies peuvent être désignés avec leur accord sans qu'il y ait lieu de procéder à des élections. Les modalités de désignation sont précisées par le règlement intérieur.

Sont éligibles (article D311-11 du CASF) :

- Pour représenter les personnes accompagnées, toute personne âgée de plus de onze ans ;
- Pour représenter les familles, tout parent, même allié, d'un bénéficiaire, jusqu'au quatrième degré, toute personne disposant de l'autorité parentale, tout représentant légal, toute personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation.

Dans le cas où la représentation des personnes accompagnées ne peut être assurée, au maximum deux représentants de groupements de personnes accompagnées sont éligibles pour les représenter. La participation des personnes accompagnées est systématiquement recherchée.

Conformément à l'article D311-16 du CASF, le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président ou, dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 311-9, du directeur, qui fixent l'ordre du jour des séances. Celui-ci doit être communiqué au moins quinze jours avant la tenue du conseil et être accompagné des informations nécessaires. En outre, sauf dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 311-9, le conseil est réuni de plein droit à la demande, selon le cas, à la majorité de ses membres ou de la personne gestionnaire.



#### c) Attribution du CVS :

Le Conseil de la Vie Sociale exerce les attributions suivantes (article D311-15 du CASF) :

- Il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur les droits et libertés des personnes accompagnées, sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les prestations proposées par l'établissement ou services, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge ;
- Il est associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement ou du service mentionné à l'article L. 311-8, en particulier son volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ;
- Il est entendu lors de la procédure d'évaluation, est informé des résultats et associé aux mesures correctrices à mettre en place ;

- Il est consulté sur le plan d'organisation des transports des personnes adultes handicapées bénéficiant d'un accueil de jour, dans les conditions prévues à l'article R. 314-17, pour les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 et les foyers d'accueil médicalisé mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1.

Dans le cas où il est saisi de demandes d'information ou de réclamations concernant les dysfonctionnements mentionnés à l'article L. 331-8-1, le président oriente les demandeurs vers les personnes qualifiées, le dispositif de médiation ou le délégué territorial du défenseur des droits. Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 réalisent chaque année une enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de santé. Les résultats de ces enquêtes sont affichés dans l'espace d'accueil de ces établissements et sont examinés tous les ans par le conseil.



## 2.3 - Le Comité Social d'Établissement (CSE)

### a) Dispositions générales

Les CSE ont été installés dans les établissements de santé à la suite des élections professionnelles du 8 Décembre 2022. Dans les établissements de plus de 200 agents, le CSE est complété par une formation spécialisée obligatoire en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Elle a pour mission de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, la sécurité des agents au travail, la protection de la santé physique et la protection de la santé mentale. Emanant du CSE, la F3SCT fonctionne selon les règles institutionnelles établies.

Dans les établissements compris entre 50 et 200 agents, la formation spécialisée est facultative.

Le CSE est décrit dans le Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public.

### b) Composition et fonctionnement

Le nombre de représentants suppléants du comité social d'établissement est égal au nombre de représentants titulaires (article 4 du décret n° 2021-1570).

Conformément à l'article 5 du décret, dans les établissements publics de santé un représentant du comité social d'établissement et un représentant de la commission médicale d'établissement assistent, avec voix consultative, aux réunions respectives de chacune de ces deux instances.

Les représentants sont élus par chacune des instances concernées. Dans les établissements publics de santé où la commission médicale de groupement est unifiée, deux représentants des comités sociaux d'établissement du groupement hospitalier de territoire et un représentant de la commission médicale unifiée de groupement assistent, avec voix consultative, aux réunions respectives de chacune de ces deux instances. Les représentants sont élus par chacune de ces instances. Seuls les représentants de la commission médicale unifiée de groupement exerçant leurs fonctions dans l'établissement siègent dans le comité social de l'établissement en question. L'établissement support du groupement hospitalier de territoire organise ce vote.

Conformément à l'article 6 du décret, le nombre de représentants titulaires du comité social d'établissement est égal à :

- Trois pour les établissements ou groupements de moins de cinquante agents ;
- Quatre pour les établissements ou groupements de cinquante à quatre-vingt-dix-neuf agents, cinq en l'absence d'une formation spécialisée au sein du comité social d'établissement ;

- Six pour les établissements ou groupements de cent à cent quatre-vingt-dix-neuf agents, sept en l'absence d'une formation spécialisée au sein du comité social d'établissement ;
- Huit pour les établissements ou groupements de deux cents à quatre cent quatre-vingt-dix-neuf agents ;
- Dix pour les établissements ou groupements de cinq cents à neuf cent quatre-vingt-dix-neuf agents ;
- Douze pour les établissements ou groupements de mille à mille neuf cent quatre-vingt-dix-neuf agents ;
- Quinze pour les établissements ou groupements de deux mille agents et plus.



Selon l'article 10 du décret, les représentants du personnel au comité social d'établissement sont élus au scrutin de liste.

Par dérogation, il est recouru au vote sur sigle pour la désignation des représentants du personnel dans les établissements ou les groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public de moins de cinquante agents.

L'établissement ou le groupement qui a recours au scrutin sur sigle en informe la délégation départementale de l'agence régionale de santé et le représentant de l'Etat dans le département afin qu'une liste de ces établissements et de ces groupements soit communiquée aux organisations syndicales.

Pour le calcul des effectifs dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, sont pris en compte (article 11 du décret):

- Les fonctionnaires titulaires en activité, en congé parental, accueillis en détachement ou en mise à disposition au sein de l'établissement ;
- Les fonctionnaires stagiaires en position d'activité ou de congé parental ;
- Les agents contractuels de droit public régis par le décret du 6 février 1991 et les agents contractuels de droit privé exerçant leurs fonctions au sein de l'établissement ou bien en congé rémunéré ou en congé parental ;
- Les agents mis à disposition des organisations syndicales ;
- Les agents mis à disposition ou détachés auprès d'un groupement d'intérêt public ou d'une autorité publique indépendante.

Les agents mis à disposition par l'établissement pour une quotité égale ou inférieure au mi-temps sont pris en compte uniquement dans les effectifs de leur établissement d'origine.

Les agents mis à disposition par les établissements membres auprès d'un groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public pour une quotité supérieure au mi-temps sont pris en compte uniquement dans les effectifs du groupement.

Toutefois, les agents mentionnés à l'article 7 du décret du 3 août 2016 ne sont pas pris en compte.

Les élèves des écoles et des centres de formation ne sont pas pris en compte excepté les agents en promotion professionnelle.

Pour le calcul des effectifs dans les groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public, sont pris en compte :

- Les fonctionnaires titulaires mis à disposition pour une quotité supérieure au mi-temps par les membres auprès du groupement.
- Les agents contractuels de droit public, à l'exception des personnels mentionnés au huitième alinéa de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, mis à disposition pour une quotité supérieure au mi-temps par les membres auprès du groupement.
- Les agents contractuels de droit public et de droit privé recrutés en propre par le groupement, exerçant leurs fonctions ou bien en congé rémunéré ou en congé parental ;

- Les agents mis à disposition des organisations syndicales. Toutefois, les agents mentionnés à l'article 7 du décret du 3 août 2016 susvisé ne sont pas pris en compte.



L'effectif retenu, comprenant les parts respectives de femmes et d'hommes, est apprécié au 1er janvier de l'année de l'élection des représentants du personnel. Il est déterminé au plus tard huit mois avant la date du scrutin.

Le nombre de sièges à pourvoir indiquant les parts respectives de femmes et d'hommes devant figurer sur les listes de candidats est affiché dans l'établissement six mois au plus tard avant la date du scrutin.

Toutefois, si dans les six premiers mois de l'année du scrutin une réorganisation d'établissements entraîne une variation d'au moins 20 % des effectifs représentés au sein du comité social d'établissement, l'effectif de référence, comprenant les parts respectives de femmes et d'hommes, est apprécié au plus tard quatre mois avant la date du scrutin. Le nombre de sièges à pourvoir indiquant les parts respectives de femmes et d'hommes devant figurer sur les listes de candidats est affiché dans l'établissement immédiatement après ce délai.

En cas d'élection partielle, l'effectif de référence est apprécié à la date d'effet de la décision à l'origine de l'organisation de cette élection.

Conformément à l'article 12, chaque organisation syndicale siégeant au comité social d'établissement désigne au sein de la formation spécialisée du comité un nombre de représentants titulaires égal au nombre de sièges qu'elle détient dans ce comité parmi les représentants titulaires et suppléants de ce comité.

Lorsqu'un membre d'une formation spécialisée se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un membre désigné dans les mêmes conditions.

Chaque organisation syndicale siégeant au comité social d'établissement désigne librement des représentants suppléants qui doivent satisfaire aux conditions d'éligibilité à ces comités, fixées à l'article 20.

Conformément à l'article 13, pour la formation spécialisée de site, le nombre de sièges de chaque organisation syndicale est proportionnel au nombre de sièges obtenu au comité social d'établissement auquel la formation spécialisée est rattachée. Les sièges obtenus sont répartis à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne. En cas d'égalité, il est fait application des dispositions du II de l'article 31.

Les représentants du personnel suppléants sont choisis parmi les agents exerçant leurs fonctions dans le périmètre de l'établissement au titre duquel la formation est instituée.

Les représentants suppléants de la formation spécialisée sont librement désignés par les organisations syndicales disposant d'un ou plusieurs sièges au sein du comité social d'établissement, sous réserve, pour ces représentants, de satisfaire aux conditions d'éligibilité à ces comités, fixées à l'article 20.

Conformément à l'article 14, dans les établissements publics de santé les représentants titulaires et suppléants représentant les personnels médecins, pharmaciens et odontologistes de la formation spécialisée sont désignés par la commission médicale d'établissement en son sein par un vote.

Conformément à l'article 15, la durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.

Lors du renouvellement d'un comité social d'établissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Toutefois, lorsqu'un comité social d'établissement est créé ou renouvelé entre deux renouvellements généraux, les représentants du personnel sont élus dans les conditions prévues au présent titre, pour la durée du mandat restant à courir jusqu'au renouvellement général.



### c) Attributions du CSE

Les attributions du CSE sont décrites dans les articles 35 à 37 :

- Les comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public **débattent**, chaque année, sur :
  - La programmation des travaux de l'instance ;
  - L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.
- Les comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé sont consultés sur :
  - Le règlement intérieur de l'établissement
  - Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique
  - Le plan global de financement pluriannuel ;
  - L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
  - L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
  - Les projets de réorganisation de service ;
  - La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
  - Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
  - Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
  - Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.
- Les comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé sont informés, chaque année, sur :
  - La situation budgétaire de l'établissement ;
  - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
  - Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
  - Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.

## C. Le projet médico-social de la structure



### I. Le changement de site de l'UHR et le parcours des résidents

L'accompagnement des résidents accueillis en Unité d'Hébergement Renforcée justifie un suivi médical spécifique. L'organisation des deux sites, et notamment la présence de l'USLD sur le site de Terres de Diane nécessiterait que l'UHR déménage sur ce même site à la place de l'une des deux unités de vie Alzheimer.

L'UHR actuelle reprendrait donc sa destination initiale d'UVA. A terme, le site de Terres de Diane serait donc plus axé sur les unités à vocation territoriale justifiant une présence médicale accrue alors que le site de Bois de Menuse pourrait voir son activité centrée sur les unités conventionnelles. Cet objectif répond à une volonté de développement du parcours possible pour un résident entre les différentes unités et leurs spécificités. Ce projet est à intégrer dans le prochain Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

## 2. Le développement de la fonction d'Infirmier(e) de Pratiques Avancées (IPA)

Le concept d'EHPAD « lieu de vie », les difficultés rencontrées en matière de médecine de ville et de démographie médicale invitent à développer le métier d'Infirmier de Pratiques Avancées. L'objectif n'est pas de « remplacer » le médecin mais d'assurer, en concertation avec celui-ci, le suivi des pathologies chroniques des résidents.

## 3. Le développement du logiciel métier (Easily)

Un nouveau logiciel, Easily®, est en cours de déploiement sur le Centre Hospitalier William Morey mais également au sein d'une majorité d'établissements de la direction commune. L'EHPAD de Chalon sur Saône a été précurseur quant au développement du module spécifique. L'établissement de Montceau-les-Mines l'a suivi de près et les deux EHPAD ont initié un travail commun pour adapter au mieux l'outil aux besoins des professionnels au service de l'accompagnement des résidents.

Un groupe territorial spécifique a été mis en place, intégrant les établissements dont le développement du logiciel est prévu pour les mois à venir, afin d'uniformiser l'outil et les pratiques. Cet outil étant initialement conçu pour le secteur sanitaire, les aménagements à prévoir sont importants.



## D. Le projet médico-social du résident

### 1. L'accompagnement du résident et la place de son entourage

L'entrée en établissement constitue souvent une solution de dernier recours, un choix de cadre de vie contraint par l'impossibilité, subite ou progressive, de rester à domicile (état de santé fragilisé et complications liées à la grande dépendance, tissu familial et social insuffisant, ressources mobilisables à domicile insuffisantes, épuisement de l'aidant...). La qualité de vie de chacun des résidents accueillis au sein de l'établissement est donc un enjeu majeur, dès l'admission et tout au long du séjour, quelles que soient les difficultés exprimées ou présentées. L'EHPAD est aussi, pour la majorité des personnes accueillies, le dernier lieu de vie. La qualité de vie englobe donc celle de l'accompagnement de la fin de la vie.

Définie par l'OMS comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans laquelle il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes », la qualité de vie du résident au sein de l'établissement est une préoccupation majeure à toutes les étapes de sa prise en charge (de l'admission à la fin de la vie). Elle prend appui **sur l'expression de ses besoins, ses attentes et sa participation, autant que possible, aux décisions qui le concernent.**

L'entourage et la famille du résident sont des partenaires indissociables de l'épanouissement et du bien-être du résident au sein de l'établissement. Leur présence, le plus souvent possible, est une condition fondamentale de la qualité du séjour en respectant toutefois et à chaque fois les volontés du résident et l'obligation de secret professionnel.

Le projet médico-social du résident est ainsi décliné à partir de 4 axes qui concourent à la qualité de vie de la personne :

- La préparation de l'admission.
- L'accueil et la co-construction du projet personnalisé.
- L'accompagnement à la santé.
- La fin de vie.

## 1.1 - La préparation de l'admission

L'admission d'une personne au sein de l'établissement est conditionnée par le dépôt d'un dossier d'admission papier qui peut être récupéré auprès de l'accueil de l'établissement ou par le dépôt d'un dossier dématérialisé sur la plateforme « ViaTrajectoire ». Le dossier d'admission comprend un volet administratif et un volet médical à compléter par le médecin traitant.

Toute personne qui envisage son admission au sein de l'établissement peut solliciter une visite préalable auprès de l'accueil.

Dès le premier contact, le résident est informé oralement des conditions d'accueil au sein de l'établissement. Les dossiers complétés sont examinés en commission d'admission (composée du directeur administratif, du médecin coordonnateur, de l'encadrement et de l'équipe administrative). Sont étudiées notamment les capacités de l'établissement à apporter un accompagnement adapté et personnalisé à la personne tout en assurant sa sécurité et celles des autres résidents déjà accueillis. L'orientation est proposée vers le secteur d'hébergement le plus adapté à la pathologie et au niveau d'autonomie du résident. L'ensemble des dossiers sont étudiés et une réponse motivée est faite à chacun.

Le temps d'attente entre la notification de l'accord d'admission et la place disponible est variable. La personne et/ou ses proches doit tenir informé l'établissement de toute modification de situation afin d'assurer un meilleur suivi de la liste d'attente. Les inscriptions dites « de précaution » sont proposées sous réserve d'une confirmation mensuelle de la demande.

Lorsqu'une place est disponible, le résident est contacté par le cadre de santé afin d'organiser l'entretien de préadmission. Un livret d'accueil est remis à la personne par l'équipe administrative. Il est composé de plusieurs documents (dont le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, le livret du linge...) et précise notamment les droits et possibilités du futur du résident. Ce livret est complété d'une première information orale de l'équipe administrative.

Lors de la signature du contrat de séjour, dans les trois semaines suivant l'arrivée du résident, l'équipe administrative pourra de nouveau apporter des précisions.

## 1.2 - L'accueil et la co-construction du projet d'Accompagnement personnalisé (PAP)



### 1.2.1 - L'entretien de pré-admission

L'entretien de préadmission est réalisé par le cadre de l'unité. Cet entretien est organisé dans les jours précédant l'arrivée du résident en privilégiant autant que possible la présence du résident et d'un membre de son entourage. Il vise à :

- Recueillir le consentement explicite de la personne (ou de son représentant légal).

A défaut, rechercher le niveau d'assentiment de la personne sans représentant légal et ayant des difficultés cognitives sévères (discours spontané, observation de l'expression non verbale, absence d'opposition manifeste, regards croisés avec l'entourage de la personne et avis des professionnels ayant participé à la demande d'admission).

- S'assurer de la bonne compréhension des informations et droits décrits dans le livret d'accueil.
- Recueillir le support de désignation d'une personne de confiance.

- Expliquer les objectifs et intérêts du Projet d'Accompagnement Personnalisé.
- Réaliser un premier recueil des habitudes, attentes, besoins d'accompagnement de la personne accueillie.
- Répondre aux questions spécifiques éventuelles (gestion du linge, du déménagement, personnalisation de la chambre, horaires des repas, offre d'animation...).
- Identifier et soutenir la place et le rôle de chacun des proches dans la vie quotidienne du résident.



### 1.2.2 - L'accueil

Le jour de l'accueil est défini à un moment propice pour l'organisation de l'unité et en concertation avec le résident et la famille. Les professionnels disposent des premiers éléments permettant de connaître et reconnaître la personne (notamment les éléments indispensables à l'accompagnement pour éviter les complications liées à la perte d'autonomie et anticiper les ressources matérielles et humaines nécessaires). Une attention particulière est portée lors de l'accueil afin de faciliter l'adaptation et l'intégration de la personne dans son nouveau lieu de vie. En effet, le jour de l'arrivée est un moment difficile pour la personne qui peut être source de fragilisation. L'instauration d'une ambiance chaleureuse et conviviale est importante. Un professionnel référent est désigné et communiqué au résident mais aussi à son entourage afin d'accompagner la prise de repères et permettre à la famille d'identifier un interlocuteur privilégié. Les premières semaines qui suivent l'arrivée nécessitent un suivi particulier des professionnels auquel les proches sont associés dans une dynamique de partenariat car ils connaissent mieux la personne que les professionnels de l'établissement. Le maintien de la proximité des proches (sous réserve de l'accord du résident) est donc un enjeu important pour accompagner l'entrée en établissement, assurer le passage de relai entre les professionnels et l'aidant du domicile qui s'est souvent beaucoup investi dans le quotidien de son parent à domicile. Un soutien psychologique peut être proposé à la famille qui présente des difficultés pour accepter ce passage de relais.

Durant ces premières semaines, l'ensemble de l'équipe pluri-professionnelle, de jour comme de nuit, invite la personne à exprimer ses ressentis, échanger sur ses habitudes de vie et son histoire de vie, décrire ses attentes et ses envies. L'équipe identifie et évalue également les besoins, le rythme de vie, les réactions quotidiennes du résident, les capacités préservées et les réponses possibles validées ou, à défaut, acceptées par le résident. L'ensemble des informations recueillies auprès du résident ou de ses proches et les observations réalisées sont colligées dans le dossier informatisé du résident (recueil de données) en vue de l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé en équipe pluridisciplinaire. L'intérêt de l'interdisciplinarité est de confronter des approches différentes d'une même situation afin de couvrir l'ensemble des attentes et des besoins de la personne et « *lui permettre de vivre ce qu'il a envie de vivre dans la réalité qui est la sienne* » (HAS).

### 1.2.3 - L'élaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

La première réunion de synthèse en équipe pluridisciplinaire en vue de l'élaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé est organisée trois mois après l'entrée du résident afin de lui laisser le temps de s'installer, de s'adapter, d'entrer en relation et de réfléchir ses besoins et ses attentes dans ce nouveau contexte de vie. Par ailleurs, la période d'entrée peut aussi conduire à des états confusionnels ou une majoration des troubles psycho-comportementaux qui doivent être stabilisés afin que l'expression et la participation de la personne soit autant que possible favorisée.

Ce délai vise donc à promouvoir la mise en œuvre d'un accompagnement le plus ajusté possible aux souhaits et aux besoins de la personne.

Lors de cette première réunion de synthèse, l'ensemble des informations utiles colligées dans le recueil de données sont discutées et analysées notamment en termes d'évaluation des risques liés à la perte d'autonomie et à la vulnérabilité (dénutrition, fausse route, chute, fugue, passage à l'acte suicidaire, risque trophique...). Cette première réunion permet de définir les objectifs d'accompagnement et les modalités concrètes d'accompagnement.

Les hypothèses de travail peuvent intégrer, selon les besoins, les différents volets de l'accompagnement (vie quotidienne, vie sociale, soutien psychologique, soins, accompagnement de fin de vie...). Elles sont formalisées puis proposées lors d'une réunion de présentation réunissant le résident s'il le souhaite, un ou deux représentants de l'équipe et éventuellement, avec l'accord du résident, la famille ou représentant légal.

Cette réunion constitue un temps d'échange important tant pour le résident que pour sa famille (lorsque cette dernière est présente). Elle permet de recentrer les échanges sur la personne elle-même, ses libertés de choix notamment lorsqu'elle est en mesure de s'exprimer, indépendamment parfois des avis ou attentes des familles et/ou représentants légaux. Elle permet aussi un travail d'intercompréhension visant à limiter l'impact de la vie collective sur la vie privée de la personne, réduire le décalage ressenti entre la vie au domicile et celle dans l'établissement (notamment dans le cadre de sa mission de protection de la personne). A l'issue de cet échange qui « *permet de poser clairement les termes de la négociation dans l'accompagnement entre le respect de la liberté de choix de la personne accueillie et la mission de protection de la personne portée par l'institution* » (HAS), le projet est éventuellement ajusté et soumis à la validation du résident (ou son représentant légal).

Le PAP validé est intégré au dossier informatisé du résident afin que l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge puissent en prendre connaissance. Il est imprimé en deux exemplaires papier : un exemplaire signé est remis au résident (ou son représentant le cas échéant), un exemplaire signé est annexé au contrat de séjour. Il est réajusté au minimum une fois par an et de manière systématique en cas de changement dans l'état de santé du résident. Le logiciel Easily® permet par ailleurs de disposer d'alertes quand les objectifs fixés doivent être réévalués.



#### 1.2.4 - Les axes à développer

- Renforcer l'anticipation de la décision d'entrer au sein de l'établissement le moment venu.
  - Faire connaître davantage l'établissement au grand public et aux partenaires (développement du site internet, flyer de présentation et d'information sur l'offre de d'hébergement et de soins, la politique d'admission, le projet médico-social...)
  - Organiser des journées type « portes-ouvertes »
  - Poursuivre l'inscription de l'EHPAD dans la vie de la cité et dans une dynamique partenariale avec les acteurs locaux
- Mieux accompagner la décision du résident d'entrer au sein de l'établissement.
  - Organiser une rencontre conjointe de façon systématique dès qu'il n'y a pas de possibilité avérée et informer plus précocement sur le fonctionnement de l'établissement, les prestations possibles, les droits des résidents, les aspects administratifs et financiers...
  - Réaliser un support vidéo de présentation de l'établissement.
- Mettre à profit la période entre la décision d'admission et l'entrée.
  - Favoriser une connaissance réciproque de la personne et des professionnels.
  - Préparer la personne à quitter son domicile et se projeter dans un nouveau lieu de vie.
- Créer une instance éthique locale (groupe éthique et soins) au sein de l'établissement.
  - Dédier un temps de réflexion et de questionnement autour de situations complexes ou à risque et pour lesquelles l'ensemble des professionnels (toute catégorie confondue) ne trouvent pas de réponse satisfaisante pour le résident.

- Promouvoir la dynamique du « bien faire » en lien avec les valeurs de l'établissement et du « juste équilibre » entre le respect des droits, des volontés, des capacités du résident et la mission de sécurité portée par l'établissement.
- Prendre appui de la Charte éthique et Accompagnement du Grand Age (Ministère chargé de l'Autonomie, 2021) dont « *la promesse de cette charte n'est pas d'apporter des solutions toutes prêtes, des recettes instantanées, mais bien de répondre - avec nuances - à cette complexité* » (B. BOURGUIGNON).
- Sensibiliser et former davantage de professionnels à la thématique du désir, de la sexualité chez le sujet âgé.
  - Déconstruire les représentations.
  - Poursuivre les formations dans le cadre du partenariat avec les structures médico-sociales du territoire.



### 1.3 - L'accompagnement à la santé

Adossé au centre hospitalier William Morey, l'établissement bénéficie à ce titre de partenariats privilégiés avec les différentes équipes hospitalières : Hospitalisation A Domicile (HAD), Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH), imagerie médicale, laboratoire, Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), Centre I5, ensemble des services de spécialité du Centre Hospitalier. Par ailleurs, compte tenu du profil des résidents accueillis, l'établissement a développé des liens avec l'Etablissement Public de Santé Mentale 71 (EPSM71) et plus particulièrement l'Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie (EPGP) qui intervient au sein de l'établissement régulièrement.

Il bénéficie de conventions avec des prestataires (HospiDom, Arjo) pour la mise à disposition de matériels de location lorsque des besoins sont identifiés.

Par ailleurs, l'établissement dispose de l'expertise de professionnels présents à temps partiel au sein de l'établissement : ergothérapeute, orthophoniste, diététiciens, kinésithérapeutes, enseignant APA (EAPA), art-thérapeute, socio-esthéticienne, psychologues.

#### 1.3.1 - [Promotion de l'autonomie et prévention des risques liés à la perte d'autonomie](#)

A l'occasion de toute admission, une évaluation du niveau d'autonomie est réalisée en équipe pluridisciplinaire trois semaines après l'arrivée du résident au moyen de la grille AGGIR 17. Ce délai a pour objectif d'apprécier le plus précisément possible le degré d'autonomie du résident. Cette évaluation est intégrée aux « Données Patient Communes » d'Easily® et constitue une valeur de référence pour le suivi.

Le repérage de la perte d'autonomie est l'affaire de l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement tout au long du séjour du résident. L'ensemble des professionnels est impliqué dans la promotion et le maintien de l'autonomie en veillant, pour tous les actes de la vie courante, à accompagner la personne en valorisant et stimulant ses capacités préservées et en proposant des aides techniques ou matérielles propices à la préservation de l'autonomie (ex : utilisation du verticalisateur plutôt que le lève malade pour préserver l'appui, recours aux textures fondantes en cas d'altération de la dentition afin de préserver le réflexe de déglutition).

Le repérage des risques liés à la perte d'autonomie fait également l'objet d'un suivi spécifique à l'admission et tout au long du séjour, en particulier à l'élaboration et l'actualisation du PAP. Afin de promouvoir cette démarche dynamique d'évaluation et de prévention des risques liés à la perte d'autonomie, l'établissement a fait le choix de définir une liste des principaux risques à identifier et les moyens d'évaluation aisément mobilisables au quotidien par les professionnels IDE, AS, AMP et AES.

Risque lié à la perte d'autonomie	Moyen d'évaluation institutionnel
Risque de chute	Evaluation du risque de chute à l'entrée, patient 70 ans ou plus
Risque d'escarre	Echelle de Braden
Risque de dénutrition	Test MNA et suivi mensuel du poids/IMC
Risque de suicide	Personas, Adulte
Risque de syndrome de sevrage alcoolique	Score de Cushman
Risque de douleur	EN, EVS, ECPA, ALGOPLUS
Risque de sortie à l'insu du service	Observation du comportement
Risque de fausse route	Observation des réactions, signes à la prise alimentaire ou hydrique.

Ces évaluations permettent de définir et mettre en œuvre sans délai des mesures de prévention des complications (ex : changements de position plus réguliers, surveillance de la prise alimentaire...), mobiliser rapidement les ressources humaines et matérielles disponibles, solliciter les expertises nécessaires pour une évaluation plus précise (ex : Test de TINETTI, échelle RUD, GDS...).

Les risques liés à la vulnérabilité et plus particulièrement les risques liés à la sexualité, au prosélytisme, à la maltraitance s'inscrivent dans la démarche de signalement d'évènement indésirable afin que la situation soit analysée et prise en charge. Des affichages spécifiques sont mis en place concernant le risque de radicalisation.



### 1.3.2 - [La prise en charge de la douleur](#)

Si le vieillissement est un processus physiologique normal, la douleur ne l'est pas et requiert une prise en charge adaptée : « toute personne âgée qui souffre a droit à une prise en charge au même titre qu'un patient plus jeune, les principes fondamentaux restant les mêmes, à condition de respecter les modifications pharmacologiques dues à l'âge » (**Recommandation ANAES, 2000**).

La douleur a des conséquences négatives en termes de qualité de vie et de perte d'autonomie du résident. Le dépistage, l'évaluation, le suivi et la prise en charge de la douleur (dans ses différentes composantes) constituent dès lors une démarche essentielle et prioritaire au sein de l'établissement. Dans cette perspective, l'établissement s'est engagé dans une dynamique de formalisation des process de repérage, d'évaluation et de prise en charge médicamenteuse mais aussi non médicamenteuse de la douleur. Cette dynamique est soutenue par l'organisation de formations à l'évaluation de la douleur chez le sujet âgé communicant et non communicant et l'identification de référents douleur au sein de chaque unité.

L'établissement représente également les spécificités du secteur médico-social au sein du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

### 1.3.3 - [La souffrance psychique](#)



La qualité de la préparation de l'admission et de l'accueil, l'attention quotidienne portée chaque jour aux résidents par l'ensemble des professionnels quelles que soient leurs fonctions, la place laissée aux familles concourent à la prévention de la souffrance morale.

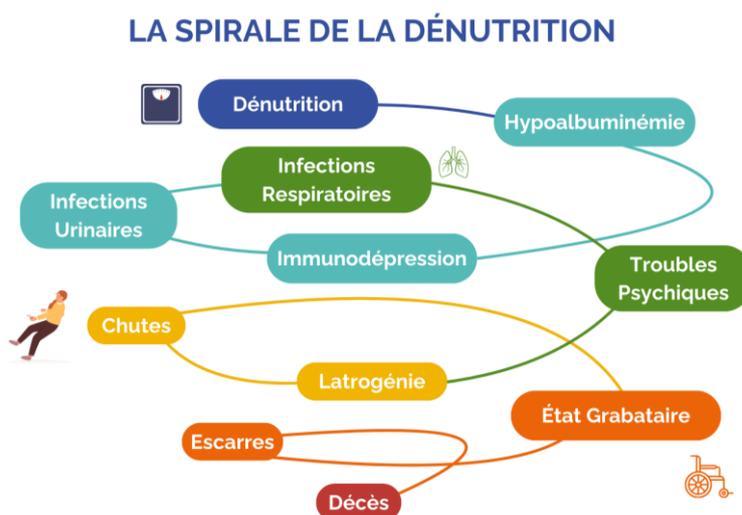
La souffrance psychique peut s'exprimer de diverses manières selon le profil du résident. Les professionnels, au contact quotidien du résident, sont vigilants aux discours, aux changements de comportements, aux attitudes de refus ou de retrait, à la perte d'élan vital. Les observations sont tracées dans le dossier de soins informatisé afin d'assurer la continuité du suivi. La présence de psychologues au sein de l'établissement est un atout important pour la prise en charge. Toutefois, l'établissement a souhaité accompagner davantage la prise en charge de cette souffrance. Des formations « Premiers Secours en Santé Mentale » et « prise en charge du risque suicidaire » sont organisées plusieurs fois par an afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels, soignants et non soignants.

Dans une dynamique préventive, l'ensemble des actions en faveur de la lutte contre l'isolement social, la valorisation de l'estime de soi et la place importante donnée à l'entourage concourent à renforcer les facteurs dits « protecteurs ».

L'évolution vers une crise suicidaire fait l'objet d'une procédure spécifique de repérage et de prise en charge au sein de l'établissement.

### 1.3.4 - La prévention de la dénutrition

L'alimentation constitue un enjeu central pour les personnes accueillies au sein de l'EHPAD qui présentent un risque élevé de dénutrition. La qualité des repas mais aussi de l'environnement des repas concourt au maintien d'un statut nutritionnel adapté des résidents et, de facto, à la lutte contre les complications liées à la dénutrition (perte d'autonomie, risques trophiques, retard de cicatrisation, fragilité immunitaire...). Plus largement et au-delà de la réponse à un besoin physiologique, elle participe aussi au bien être psycho-social des résidents. Le repas est en effet un moment privilégié de plaisir, de convivialité et de sociabilité pour les personnes résidant au sein de l'établissement.



Les enjeux et les orientations de la restauration en EHPAD USLD dressent la dynamique stratégique concourant à la prévention de la dénutrition et de la déshydratation selon différents axes. Ils concernent la qualité des repas, l'environnement du repas (vaisselle, décoration, présentation), le temps du repas, les différentes textures modifiées disponibles, l'enrichissement, la prise en compte des aversions, la participation et l'expression des résidents, les audits et évaluations régulières. En complément, des actions de formations spécifiques à destination des professionnels AS, IDE et AH sont organisés sur ces aspects spécifiques. L'établissement est représenté au Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) et une commission restauration spécifique à l'EHPAD se réunit semestriellement. Elle est composée de soignants référents, de l'encadrement, de familles et de résidents.



Le risque de dénutrition est évalué dès l'admission et tout au long du séjour au moyen du Test MNA et du suivi mensuel du poids avec les instruments de mesure adaptés aux capacités du résident. Un suivi spécifique est réalisé par une diététicienne lorsque la situation le nécessite.

Parallèlement, depuis 2024, l'établissement est engagé dans le programme Objectif Mieux Etre Grand Age en Hébergement (OMEGA) afin de décliner un plan d'action spécifique quant à la santé bucco-dentaire des résidents : « la vie à pleine dents longtemps ».

Ce programme a été décliné dans différents unités dont les unités de vie protégées. Il vise à :

- Former et sensibiliser à la fois les professionnels.
- Améliorer les connaissances et travailler sur les représentations pour lever les obstacles à la mise en place de bonnes pratiques bucco-dentaires.
- Développer les « savoir-faire » au niveau de la toilette bucco-dentaire et des soins (dents, appareil, bouche).
- Articuler les actions en santé bucco-dentaire et l'initiation d'actions portant sur la nutrition et la prévention de la dénutrition.
- Favoriser les échanges et la dynamique de groupe afin d'améliorer l'appropriation du thème et la transition entre théorie et pratique au quotidien.
- Faire évoluer les pratiques professionnelles

### 1.3.5 - La prévention et la prise en charge de l'incontinence

La prévalence de l'incontinence urinaire et/ou fécale est très élevée chez les personnes âgées. Elle a un impact négatif sur la dignité et l'intégrité du résident mais aussi sur ses relations sociales avec un risque d'isolement.

L'établissement s'est engagé dans une politique de prévention et de prise en charge de l'incontinence en constituant une commission dédiée : commission d'amélioration des pratiques liées à l'incontinence (CAPI). Des soignants référents sont identifiés dans chaque unité et contribuent à la promotion des bonnes pratiques en la matière : identification du calendrier mictionnel de chaque résident, accompagnements réguliers aux toilettes, soins d'hygiène et de confort adaptés, pertinence dans le choix du produit d'incontinence et protocole individualisé de prise en charge, réflexion quant à la préservation du sommeil nocturne.

Le suivi journalier du transit et la lutte contre la constipation constituent également des éléments de surveillance importants dans la prévention et la prise en charge de l'incontinence.

### 1.3.6 - La prévention des escarres et la prise en charge des plaies

L'alimentation, l'hydratation et la mobilisation font l'objet d'une attention et d'un suivi quotidien et individualisé. En 2023, l'établissement s'est engagé dans le remplacement de l'ensemble des matelas afin de disposer de matelas mémoires de forme pour tous les résidents. L'état cutané de la personne est suivi et l'évaluation du risque d'escarre est réalisé au moyen de l'échelle de Braden. L'identification d'un risque permet d'ajuster la prise en charge de manière individualisée par les moyens suivants : effleurage des points d'appui, mobilisations plus régulières, enrichissement des plats, recours à des matériels adaptés (coussins gel, arceaux, matelas air...). La présence d'un ergothérapeute permet de soutenir la formation des professionnels en situation de travail et apporter une expertise quant aux aides matérielles à envisager.

Dans une dynamique de prise en charge curative, une IDE exerçant à l'EHPAD et titulaire d'un DU « Plaies et Cicatrisation » permet depuis fin 2024 d'apporter conseils et expertise aux différentes équipes. Cette IDE est membre de la commission plaies et cicatrisation du CHWM et assure une journée par mois un stage professionnel croisé au sein d'un service spécialisé du CHWM afin d'actualiser et maintenir les compétences et connaissances.



### 1.3.7 - La prévention des chutes et le recours à la contention

L'établissement s'est engagé, en prenant appui du plan triennal anti-chutes des personnes âgées, à développer et renforcer les actions en faveur de la prévention des chutes et de leur prise en charge :

- Evaluation systématique du risque de chute à l'entrée et à chaque actualisation du PAP.
- Bilan du risque de chute (Test TINETTI) par l'ergothérapeute.
- Organisation du signalement de la survenue de chute via le logiciel BlueKango® et analyse systématique des causes de l'évènement.
- Elaboration d'une fiche chute dans le logiciel Easily® pour le suivi individualisé des résidents chuteurs.
- Recours à l'expertise du professeur APA, kiné et ergothérapeute pour adaptation de la prise en charge préventive et curative.
- Achat de matériels type matelas de sol, lit dit « Alzheimer » pour limiter l'impact des chutes du lit.
- Développement de l'utilisation des pictogrammes en cas de sol mouillé avec l'équipe externalisée de bio nettoyage.
- Elaboration d'une fiche réflexe sur la conduite à tenir en cas de chute.
- Partenariat avec le SMR pour la prise en charge de la rééducation post-chute en cas de fracture.

L'utilisation de contentions physiques fait l'objet d'une procédure spécifique, sur prescription médicale uniquement, après évaluation du bénéfice/risque pour chaque résident et réévaluation quotidienne.

### 1.3.8 - Les situations inhabituelles et aigües

Un planning de présence médicale est communiqué chaque semaine aux équipes. Les évènements aigus peuvent ainsi être signalés sans délai. Par ailleurs, lors de l'absence de médecins et notamment la nuit, l'établissement a formalisé des fiches réflexes décrivant la conduite à tenir par les AS, AMP, AES et IDE dans 20 situations inhabituelles (épistaxis, perte de conscience...). Le recours à un conseil du médecin régulateur du centre 15 est possible 24h/24h et notamment en dehors des présences médicales.

Une convention avec le CESU 71 permet d'assurer des sessions de formation régulières pour l'obtention de l'AFGSU des professionnels.

### 1.3.9 - Les axes à développer

- Améliorer la convivialité et la décoration des salles à manger.
  - Décoration en lien avec les saisons
  - Recherche de financements pour l'achat de mobiliers (table rondes, nappes...)
- Poursuivre les formations relatives au temps du repas
- Développer les thérapies et approches non médicamenteuses (aromathérapie, tango thérapeutique...) en formant les personnels impliqués dans cette démarche.
- Mettre en œuvre de stages professionnels croisés en partenariat avec l'EPSM71 sur la prévention et la prise en charge spécifique des troubles psycho-comportementaux en UHR notamment.
- Systématiser la réalisation d'un bilan dentaire avant l'entrée en établissement et au moins une fois par an.
- Mettre en œuvre un programme de formation à destination des AS/AES et IDE pour la réalisation de soins des pieds et la réalisation d'actes en lien avec le nouveau référentiel d'activités.
- Proposer des ateliers hebdomadaires de prévention des chutes et du syndrome post-chute en collaboration avec le professeur APA.
- Sensibiliser les familles quant à l'achat de chaussures adaptées.
- Mieux orienter les familles et les proches sur les dispositifs d'aide et de soutien disponibles.



## I.4 - La fin de vie

« La fin de vie est un temps singulier dans la vie de toute personne et mérite une attention soutenue de la part des professionnels. Elle accentue notamment la vulnérabilité physique et psychologique des personnes âgées en venant limiter leur pouvoir de décisions. Cette situation soulève de nombreuses questions en particulier au regard du respect des droits et des libertés individuels mais également de la qualité de l'accompagnement » **(RBPP, HAS, Novembre 2017)**.

### I.4.1 - [L'information sur les droits et le recueil des souhaits des résidents](#)

Chaque futur résident dispose dans le livret d'accueil d'un support d'information relatif aux droits des personnes et plus particulièrement à la possibilité de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance. La question de la fin de vie est abordée dès l'entretien dit de pré-admission réalisé par le cadre de l'unité. Cet entretien permet selon les situations et les souhaits du résident :

- De compléter d'une information orale le support d'information et s'assurer de la bonne compréhension des informations transmises.
- De rechercher, dès l'accueil, auprès du résident ou de ses proches le cas échéant, l'information pour savoir si des directives anticipées ont été rédigées, une personne de confiance désignée, un mandat de protection future établi.
- De recueillir les souhaits du résident sur les conditions de sa fin de vie, en particulier pour les besoins concernant les relations sociales et familiales, la prise en charge de vie spirituelle et religieuse, les préférences sur le lieu du « mourir », les volontés particulières, l'organisation des funérailles (contrat obsèques), les souhaits relatifs au don d'organe, au don de corps à la science.
- D'identifier le référent familial et/ou les autres proches ayant une proximité effective avec le résident afin de solliciter l'avis de cet entourage proche concernant les souhaits du résident lorsque ce dernier n'est plus en capacité de les exprimer.
- Définir la place et le rôle de chacun des proches auprès du résident de manière à communiquer les informations adaptées à chaque interlocuteur.

L'ensemble des informations est consigné dans le dossier informatisé et administratif du résident.

### I.4.2 - [Le repérage des besoins, l'évaluation et l'adaptation de l'accompagnement](#)



Dès lors qu'un signe d'aggravation de l'état de santé du résident est repéré par un membre de l'équipe, une analyse est réalisée en équipe pluridisciplinaire lors d'un temps de synthèse. Cette analyse permet de repérer le plus précocement possible les situations de fin de vie, le moment où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée et identifier les ressources internes ou externes qui doivent être mobilisées (EMSP, HAD, Comité d'éthique, bénévoles, représentant du culte, recours à un service d'hospitalisation, recours au psychologue...). Les différentes options possibles issues de cette réflexion font l'objet d'une information au résident (et à ses proches s'il le souhaite) afin de rechercher son consentement, son assentiment ou son refus. Le projet d'accompagnement personnalisé est actualisé en conséquent.

Les projets de soins sont ajustés et visent à assurer le confort, le bien-être du résident en fin de vie et soutenir les proches. Ils sont déclinés selon les principes suivants :

- Recherche, en toute circonstance, du consentement (ou à défaut assentiment ou son refus) du résident pour tout acte de soins, y compris les actes de la vie courante.
- Limitation des soins invasifs et réflexion en équipe quant à tous les soins induisant des douleurs ou un inconfort.

- Maintien d'une communication adaptée et recueil de l'expression du résident tout au long de l'accompagnement.
- Accompagnement par des soins adaptés et gestes appropriés selon les protocoles en vigueur notamment face à l'incapacité/difficulté à boire ou manger (soulager la bouche sèche, humecter les lèvres, prévenir la sécheresse oculaire, alimentation fractionnée plaisir...).
- Mise en œuvre de moyens de prévention et de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la douleur physique ou psychique selon les protocoles en vigueur et en mobilisant les expertises externes ou internes nécessaires.
- Mise en œuvre de moyens visant à soulager les difficultés respiratoires éventuelles.
- Maintien d'un environnement calme, sécurisant et apaisant en aménageant la chambre, en favorisant le maintien des liens affectifs avec les proches (proposer des solutions de soutien psychologique aux proches, permettre aux proches qui le souhaitent d'être davantage présents) et en permettant le recours au représentant du culte de son choix.

Pour soutenir cette démarche, les professionnels sont régulièrement formés et sensibilisés à la démarche palliative, aux droits des résidents notamment en fin de vie, au repérage des symptômes d'inconfort dont la douleur particulièrement et à la relation avec les familles.

#### I.4.3 - La prise en charge du défunt et l'accompagnement du deuil

Les modalités des conduites à tenir lors de la survenue de décès sont consignées, dans la mesure du possible, dans le dossier informatisé du résident (personne à prévenir lors de la survenue du décès, horaire éventuel à respecter pour prévenir du décès, volontés particulières quant aux soins du corps à respecter...).

Le recours à un représentant du culte est possible de jour comme de nuit via un numéro d'astreinte. Les proches du défunt peuvent se recueillir dans la chambre du résident avant son transfert à la chambre mortuaire. Un livret spécifique « guide à l'usage des familles confrontées à un décès » leur est remis afin de les informer des formalités à effectuer et de leurs droits. Les familles sont par ailleurs reçues par les agents d'amphithéâtre de la chambre funéraire du CHWM qui complètent les informations données et s'assurent de leur compréhension. Une carte de condoléance est systématiquement adressée à la famille dans les jours suivants le décès.

Un temps d'échange spécifique avec les professionnels est proposé aux proches afin d'évoquer, s'ils le souhaitent, les circonstances du décès.

Les résidents sont informés de façon « individuelle » pour les résidents proches du défunt et de façon collective pour les autres résidents. Une vigilance particulière est portée quant aux réactions consécutives à l'annonce du décès et un accompagnement psychologique peut être proposé aux résidents qui le souhaitent. Les résidents qui le souhaitent sont accompagnés aux funérailles.

Les professionnels affectés par le décès d'un résident peuvent solliciter le recours à la psychologue du personnel présente sur le site. Ils sont autorisés à participer aux obsèques du résident s'ils en émettent le souhait.

#### 1.4.4 - Les axes à développer



- **Renforcer le cadre d'intervention partagé garant des droits et souhaits des résidents en fin de vie.**

Une réflexion portant sur « les niveaux de soins » a été engagée fin 2024 au sein de l'établissement.

Selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), le niveau de soin se définit comme « l'expression des valeurs et volontés du patient sous la forme d'objectifs de soins, qui résulte d'une discussion entre le patient ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques ».

Les niveaux de soins sont un outil facilitant la communication entre les soignants, les résidents et leurs proches concernant les objectifs de soins. Ils sont déterminés dès lors que le pronostic de la personne accompagnée laisse entrevoir à court ou à moyen terme une non-amélioration ou une détérioration durable de son état de santé, de sa qualité de vie ou de son autonomie. L'objectif de cette pratique est de renforcer la cohérence entre l'offre de soins proposée, le projet de vie et les volontés de l'usager. Ils permettent aux équipes médicales et paramédicales, en intégrant les directives anticipées éventuelles écrites, l'expression des attentes et souhaits du résident ou à défaut l'avis de son entourage, d'établir de manière anticipée un positionnement médical sur la prise en charge de l'usager incluant le recours éventuel au centre 15, le transfert aux urgences ou dans un service d'hospitalisation. Les niveaux de soins sont renseignés dans le dossier patient informatisé. Ils sont gradués de NIVEAU 1 (prolonger la vie comme seule priorité) à NIVEAU 4 (confort de vie comme seule priorité). Ils peuvent être consultés par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne, y compris par les médecins d'astreinte ou de régulation au centre 15.

- **Développer le recours au Comité d'Ethique dans les situations de prises en charge complexe.**

Deux saisines ont été réalisées en 2024. Les comptes rendus sont mis à disposition des professionnels soignants. Cette démarche doit être encouragée en impliquant les équipes pluridisciplinaires dans la réflexion.

- **Améliorer les modalités de communication collective d'un décès au sein de l'EHPAD.**

Les modalités de communication collective du décès d'un résident au sein de chaque unité doivent être définies et développées. Une réflexion avec les représentants du CVS (familles et résidents) sera conduite.

- **Instaurer des rituels propices à la mise en œuvre du travail de deuil.**

Dans un objectif de soutien des résidents mais aussi des professionnels les plus affectés, plusieurs pistes sont envisagées pour faciliter la mise en place du travail de deuil (mise à disposition d'un cahier de recueillement qui sera remis aux familles du défunt, création d'un espace de recueillement avec symbolisation de la mort, « téléphone du vent » ...).

- **Améliorer l'information et l'orientation des proches en matière d'accompagnement du deuil.**

Mise à disposition de flyer d'information sur les dispositifs d'aide existants à l'extérieur de l'établissement.

- **Aménager une chambre dite « de rotation ».**

Cette chambre vise à permettre aux familles particulièrement affectées par le décès de leur proche de disposer d'un temps plus conséquent pour déménager la chambre.



## 2. L'animation et la vie sociale

### 2.1 - Politique territoriale

« Malgré l'avancée en âge, malgré l'existence de handicap et l'apparition de la maladie, chaque être humain continue de vivre et donc de nourrir des projets »

L'animation est un concept important dans la vie d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Elle contribue au respect des valeurs individuelles et collectives en tenant compte de l'environnement.

Il ne s'agit pas uniquement de distraire ou de faire passer le temps, mais bel et bien de donner de l'existence au temps, de maintenir la personne dans la réalité, de lui donner une place réelle ainsi que l'envie de se projeter dans l'avenir et de construire des projets.

**« Faire en sorte que le lendemain ne soit plus une souffrance, mais la continuité de la vie envisagée de la manière la plus positive possible ».**

Il faut que chaque résident trouve sa place dans la structure et que chacun puisse mettre en avant ses capacités restantes et non ses capacités perdues.

L'animation est l'affaire de tous. La collaboration avec les familles et les différents partenaires est recherchée et effective afin de mettre toutes les ressources et compétences au service de la personne âgée. Le projet d'animation n'est pas figé, il est soumis aux variations des attentes des résidents. L'animation est un élément important dans l'élaboration et l'organisation du projet d'accompagnement personnalisé.

#### 2.1.1 - Définition de l'animation



Chaque résident est un être unique avec son histoire, ses besoins, ses capacités et son degré d'autonomie physique.

**« Animer c'est donner vie, prendre soin de... c'est divertir », inciter à vivre, manifester de la vie, être actif.**

Etymologiquement vient du latin « ANIMARE » qui signifie donner la vie, encourager, rendre plus vif. Le terme ANIMATION de « anima » l'âme et « animus » souffle de vie. C'est-à-dire de la chaleur, l'entrain mis dans une action, dans une expression, dans un comportement afin de rendre plus vif, d'intéresser, d'inspirer quelqu'un....

L'animation est l'affaire de tous les professionnels qui interviennent au quotidien dans la prise en charge des résidents.

L'animation est le fait de mettre en place des moyens et d'utiliser des techniques pour faire participer activement les membres d'une collectivité à la vie de ce groupe.

Le projet d'animation c'est :

- Apporter une meilleure qualité de vie aux résidents et créer un lieu de vie et de bien-être
- Préserver l'autonomie gestuelle, physique et intellectuelle
- Permettre au résident de participer à la vie sociale, maintenir des relations sociales et en favorisant la communication interne et externe à l'établissement

- Favoriser la participation des résidents à la vie de l'environnement
- Valoriser la personne âgée en maintenant ou en restaurant l'estime de soi
- Discuter et partager les expériences de vie
- Echanger, communiquer
- Apporter un soutien psychologique
- Stimuler les capacités cognitives
- Renouer avec les souvenirs, faire travailler la mémoire
- Accompagner la personne en fin de vie
- Développer un esprit créatif
- Egayer le quotidien et instaurer des moments de plaisir
- Donner de l'existence au temps, des repères et une motivation pour chacun
- Tisser des liens entre les personnes : résidents, familles... dans un autre domaine que celui du soin et de la maladie
- Ouvrir des horizons positifs au sein de la structure et avec l'extérieur

### 2.1.2 - Les objectifs de l'animation

#### 2.1.2.1 - Respecter la dignité de la personne âgée

Maintenir l'autonomie physique et cognitive par la création de repères (décorations calendaires, affichage de la date...), par des activités sollicitant la mémoire (quiz, chant...), par des sorties.

Responsabiliser le résident (arroser les plantes, mise en place du loto, participation à la desserte des repas) et lui donner un rôle social au sein de l'établissement (participation au Conseil de la Vie Sociale, commission de restauration)

#### 2.1.2.2 - Lutter contre l'isolement affectif et social

Maintenir les rythmes de la journée (lever, petit déjeuner, repas en salle à manger...). Inviter chaque résident à se rendre dans les parties communes afin de rencontrer d'autres personnes, prendre une collation.... Etre vigilant aux personnes âgées « isolées », instaurer le dialogue lors des visites. Favoriser l'ouverture sur l'extérieur : intervenants, sorties, courses.....

Le maintien des liens avec la famille est très important, ce lien doit être privilégié.

## 2.2 - Politique locale de l'animation



« On ne peut définir l'animation comme une succession d'activités, mais comme une démarche d'aide d'accompagnement, pour permettre aux gens de vivre ce qu'ils souhaitent encore vivre » (Bernard HERVY, Président du Groupement national des Animateurs en Gérontologie).

### 2.2.1 - Organisation de l'animation

Au sein de l'établissement, l'animation doit permettre aux résidents de s'épanouir socialement dans leur lieu de vie, de maintenir leurs capacités, ainsi que de permettre à ceux qui le souhaitent de participer à des activités adaptées à leurs capacités et leurs envies.

L'animation est assurée par une équipe de cinq animateurs travaillant à temps plein et présents du lundi au vendredi. La présence de bénévoles de l'association « VMEH », « Lire à L'Hôpital » et de personnes en service civique dans le cadre du programme « solidarité sénior » porté par Unis-Cité constitue une aide précieuse dans la réalisation et le développement de certaines activités.

Des partenariats développés avec des centres de loisirs, des associations locales, des établissements scolaires et centres médico-éducatifs permettent de diversifier l'offre d'animation dans une dynamique intergénérationnelle et d'ouverture sur l'extérieur.

Toutefois et au-delà de cette équipe dédiée, l'animation au sein de l'établissement est développée selon un principe fondamental : l'animation est l'affaire de tous. Dans cette perspective, les programmes d'animation sont établis au sein d'un comité de pilotage « animation et vie sociale » dont les modalités de fonctionnement sont décrites dans la procédure. Ce comité pluridisciplinaire est constitué de l'équipe d'animation, de professionnels soignants (exerçant notamment en unité de vie protégée et au PASA), de l'art-thérapeute, de la socio-esthéticienne, des encadrants (cadres de santé et responsables hôteliers), de professionnels du service restauration. Cette structuration déconcentrée permet d'élaborer et de conduire des actions d'animation en adéquation avec les ressources (humaines, matérielles, budgétaires) et expertises de l'établissement, les organisations de travail mais aussi en tenant compte des besoins/attentes spécifiques des résidents notamment en unités de vie protégée. Elle contribue à la création de conditions propices afin que l'EHPAD soit un lieu de vie et d'envie pour les résidents. Plusieurs activités sont mises en place. Elles sont élaborées et évaluées à partir de supports institutionnels dédiés (fiche projet et fiche évaluation) et répertoriées dans un tableau partagé et disponible sur un espace informatique dédié.

### 2.2.2 - Les activités proposées

Elles sont développées autour de trois grands axes :

- **Activité rituelle quotidienne : « le café-journal ».**



Chaque matin, du lundi au vendredi, la lecture commentée du journal quotidien local en salle polyvalente est un temps fort de la vie de l'établissement. L'idée est de reconstituer un espace de convivialité et d'échanges à l'instar du rôle des cafés-bistrot de quartiers d'antan.

Le journal est lu par un animateur. Les résidents sont invités, autour d'un café, à commenter et critiquer les grands sujets de l'actualité locale et nationale dans un objectif d'ancrage dans la réalité et de maintien dans un rôle d'acteur de la vie sociale. La lecture de la rubrique nécrologique est également sollicitée par les résidents qui partagent des éléments de biographie de vie, se remémorent des souvenirs vécus.

Deux abonnements annuels au « Journal de Saône et Loire » avec portage quotidien sont souscrits chaque année pour chacun des sites.

- **Programme hebdomadaire d'activités.**

Les différentes activités proposées s'inscrivent dans une fonction de divertissement, de bien-être ou d'apaisement, de lutte contre l'isolement social mais également dans une fonction de maintien et/ou de stimulation des capacités physiques, neurocognitives et sensorielles restantes (ateliers mémoire avec jeux ou borne mélo, danse assise, activités manuelles, tricot, papier mâché, taïchi...). Elles peuvent être proposées de manière itératives chaque semaine (loto, atelier chant et musique, ateliers bien-être...) ou de manière ponctuelle (sorties culturelles...) en fonction des saisons (ateliers jardinage : « les pot 'âgés », repas à thème chaque mois...) des événements du calendrier local, national et international (« La Grande Lessive », « Octobre Rose », « La plus grande échappée du monde », les élections...).

Le programme hebdomadaire des activités est affiché dans les différentes unités, dans les ascenseurs et à l'entrée de chaque salle polyvalente afin de faciliter la diffusion de l'information à destination des résidents, des familles et des professionnels. Par ailleurs, chaque jour, le programme de la journée est rappelé sur un chevalet à l'entrée de la salle polyvalente afin de communiquer en temps réel sur les éventuels ajustements (ex : excursion annulée compte tenu de la météo...).

Un rappel des grandes animations, des sorties avec participation préétablie de résidents peut également être réalisé par les animateurs via la page d'accueil et l'agenda du logiciel EASILY afin de faciliter la coordination entre les activités de soins et les animations.

Parallèlement, un calendrier des messes pour les personnes de confession catholique (profil majoritaire du public accueilli) est établi et affiché. Des espaces sont mis à disposition spécifiquement. La liste des différents représentants de chaque culte est affichée pour répondre aux besoins spirituels et religieux individualisés. L'établissement est doté d'un véhicule 8 places aménagé pour les résidents à mobilité réduite et de deux véhicules 5 places pour les sorties extérieures.

- **Les animations évènementielles annuelles**



Des animations évènementielles permettent de marquer les temps forts du calendrier civil (festivités de fin d'année, fêtes de pâques, fête nationale, vendanges, arrivée de l'été, semaine bleue, semaine du goût...). Ces grands événements sont orientés dans une dynamique de convivialité, de maintien des liens sociaux, d'ouverture vers l'extérieur. A titre d'exemple :

- Les familles sont conviées, sur inscription, à participer à certains de ces événements (goûter de Noël, planchas estivales, sorties restaurant avec les résidents d'unités de vie protégée).
- Les enfants du personnel participent à une chasse aux œufs géante en présence des résidents.
- Les crêpes de la chandeleur sont partagées avec les enfants ou adolescents de centres de loisirs ou instituts médico-éducatifs locaux.
- La diffusion en direct de spectacles (Carnaval de la ville, « Talents sur Saône » en partenariat avec le Comité des Fêtes de la ville, le Rotary Club et l'Espace des arts)
- Des sorties sont organisées lors des événements forts de la ville comme « Chalon dans la rue », « Les vœux du maire », « Challenge aviron ».
- Organisation de marchés ouverts aux familles (marché de Noël, marché estival) au sein de la structure.
- Participation des résidents à des projets nationaux et valorisation de leurs créations (ex : exposition de l'œuvre « Mamie Jo » au jardin de l'Arquebuse de Dijon...)

### 2.2.3 - [Les principaux partenaires](#)

L'offre d'animation s'appuie sur des partenariats multiples avec des associations ou des prestataires.

- Association VMEH : Visite des Malades en Etablissement Hospitalier et des Résidents en EHPAD
- Association « Lire à l'Hôpital ».
- Association « Itinéraires Singuliers » (arts, cultures, santé, handicaps en Bourgogne Franche-Comté).
- Les différents représentants du culte.
- Association « Unis-Cité » pour le déploiement du service civique.
- Conseil Départemental : mise à disposition des ressources culturelles et d'animation de la plateforme Culture à Vie.
- Ecole LE DEVOIR, Groupe Saint Charles
- Centres de Loisirs « L'escale » et « Anne Franck »
- Institut médico-éducatif « L'ORBIZE »
- Musée Nicéphore NIEPCE
- Le comité des fêtes de Chalon-sur-Saône
- Les mairies de Saint-Rémy et Chalon-sur-Saône
- Le ROTARY CLUB
- L'espace des Arts de Chalon-sur-Saône
- Les écuries de Messey
- Les animaux des petits bois de Sagy
- CMP Winnicott
- Prestataires ponctuels pour les animations évènementielles (musiciens, chanteurs, glaces à l'italienne, danseurs...)

## 2.2.4 - [Les modalités de communication autour des actions réalisées](#)

Une gazette interne nommée les « Echos de Diane et Menuse » est diffusée en format papier à chaque résident et en format informatique aux familles. Un exemplaire papier est communiqué à chaque unité et mis à disposition à l'entrée de chaque site.

Elle est publiée à fréquence régulière. La gazette est élaborée par un comité de rédaction composé de résidents, de personnels des équipes administrative, animation et direction. Cette gazette permet d'informer les personnes accueillies, leur famille et les professionnels sur les actions d'animation menées au sein de la structure et dans les différentes unités, rendre compte des actions spécifiques en cours (ex : amélioration de la santé bucco-dentaire) et permettre aux résidents de participer activement à la vie de l'établissement (ex : réalisation d'interview de professionnels par les résidents, partages de recettes, de dictons...). Les contenus iconographiques proposés dans la gazette s'inscrivent systématiquement dans le respect du droit à l'image de chaque résident.

Le bilan et le programme de l'animation (évaluation des actions menées et actions à venir) sont présentés à chaque Conseil de Vie Sociale par un animateur.



## 2.2.5 - [Les axes à développer](#)

- Renforcer le sentiment d'utilité sociale du résident
  - Promouvoir au sein de chaque unité la participation des personnes à la réalisation de tâches domestiques afin de renforcer le sentiment d'utilité sans mettre en échec (mettre la table, préparer une recette, inscrire la date du jour...)
  - Actualisation de la procédure relative à la mise en œuvre d'ateliers culinaires (respect des normes d'hygiène et de sécurité).
  - Articulation avec le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident.
- Promouvoir le rôle d'acteur social du résident dans la vie de structure.
  - Poursuite des ateliers « Café-Papote et Compagnie » débutés fin 2024 visant l'expression et le recueil des attentes des personnes accueillies sur la thématique de la bientraitance.
  - Réalisation par les résidents d'un support artistique symbolisant les attentes et besoins des personnes en matière de bientraitance.
  - Intégrer les attentes dans la définition du plan d'actions en faveur de la promotion de la bientraitance.
- Développer l'offre d'animation individualisée ou ciblée.
  - Permettre aux résidents qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas participer aux activités collectives proposées de bénéficier d'activités individualisées spécifiques articulées avec leur PAP : balnéothérapie, snoezelen, biographies, bien-être....
  - Poursuite de la formation des professionnels à la méthode Snoezelen.
  - Ajustement des fiches de poste afin d'intégrer davantage les activités individuelles.
  - Identification des résidents souhaitant réaliser une biographie.
  - Structurer et formaliser les programmes d'animation développés au sein des unités de vie protégées.
  - Développer un partenariat avec « Itinéraires Singuliers » pour la mise en œuvre d'un projet artistique spécifique au sein de l'UHR.
- Améliorer l'offre d'animation pour les résidents souffrant de troubles de la vision.
  - Développer des activités et des jeux adaptés aux besoins spécifiques d'utilisateurs souffrant de trouble de la vision.
  - Acquérir des supports de communication adaptés.
  - Partenariat avec l'association Valentin Haüy (formation des professionnels et mise à disposition de supports adaptés).

- Renforcer le travail en réseau et les partenariats.
  - Diversifier l'offre notamment dans ses aspects socio-culturels par la recherche de partenariats.
  - Intégration au réseau PAPI 71 porté par le groupement national des animateurs en gérontologie.
  - Création d'une association portée par les professionnels visant la diversification de l'offre d'animation.



## E. Le projet qualité risques clientèle

### I. Politique territoriale

La qualité et la gestion des risques sont des préoccupations du quotidien qui se déclinent de façon très diversifiées : déclaration puis exploitation des événements indésirables, Comité de Retour d'Expérience (CREX), organisations procédurées pour un maximum de sécurité, communication autour des événements... La gestion des éventuels conflits, notamment avec les familles, peut être facilitée par l'existence d'une équipe territoriale de médiation. Chaque établissement peut la solliciter via le Directeur Général.

#### I.1 - Contexte

La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale décrit les valeurs socles et les outils à utiliser pour garantir un fonctionnement qualitatif des structures concernées. Le Manuel HAS d'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux complète dans le détail les attendus qui peuvent servir de base de construction et de suivi du projet qualité des établissements (Art L312-8 Code de l'Action Sociale et des familles).

Parmi les outils cités, sont notamment utilisés au sein de la Direction Commune : la charte de la bienveillance, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, et l'objet de ce document : le projet d'Etablissement ou de service. Les objectifs sont d'assurer la coordination, les coopérations et in fine l'évaluation de la qualité des prestations

Le projet qualité des ESMSS de la Direction Commune s'appuie logiquement sur ces attendus en cohérence avec le Projet Médico Soignant Partagé de Territoire. Il se base sur un principe élémentaire : l'épanouissement maximal des résidents dans leur cadre de vie, dans le respect et le maintien de l'autonomie. Les responsables soignants des différentes structures se rencontrent régulièrement afin d'harmoniser leurs politiques. Il est notamment souligné la nécessité de sensibilisation régulière des professionnels, souvent formés autour d'un cœur de métier « soin », à ces valeurs communes et prioritaires en secteur médico-social.

#### I.2 - Exercice garanti des droits et libertés : consentement éclairé, expression de la volonté, participation à la décision, consentement et confidentialité...

Un espace de vie de qualité doit pouvoir garantir le respect des droits et libertés. La dignité, l'intégrité, l'intimité et le respect de la vie privée en toute sécurité sont des objectifs prioritaires, incluant la protection des personnes.

L'information, adaptée aux usagers et à leurs familles, est essentielle pour une compréhension des organisations et potentiellement des contraintes. Au niveau collectif, ces informations doivent pouvoir contribuer à une adhésion de l'utilisateur et une participation choisie à la vie de la structure. L'ANESM distingue dans ce registre : la communication, la consultation, la concertation et la codécision. Diverses procédures qualité sont à disposition pour tracer ces informations, notamment les cahiers de doléances ou de remarques ainsi que les fiches d'événements indésirables par lesquelles le personnel peut retranscrire le ressenti des usagers ...

### 1.3 - Accompagnement individualisé de qualité favorisant l'autonomie



Comme évoqué précédemment, le suivi et l'accompagnement individuel de chaque usager est primordial. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), lié au contrat de séjour, fait état des actions à mener, contribuant à la préservation de l'autonomie.

Une fois le PAP rédigé et validé par l'utilisateur et sa famille, le cycle habituel de la qualité (roue de Deming), préconisant la mise en place, l'évaluation puis le réajustement, est formalisé. Il convient néanmoins de tenir compte des spécificités de la population âgée, susceptible de voir son état de santé évoluer rapidement, ce qui implique potentiellement une révision des objectifs avant la date prévue. Dans ce même registre, il semble important de sensibiliser les équipes au « juste dosage » de l'accompagnement visant à garantir un maintien de l'autonomie mais avec une sécurité assurée (notion de bénéfice/risque). L'évaluation des risques au cours de l'élaboration du PAP est donc primordiale.

### 1.4 - Prévention et évaluation des risques

L'article 22 de la Loi de 2002 recommande l'évaluation des activités et de la qualité des prestations au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques. Un logiciel de gestion documentaire est déployé ou en cours de déploiement sur l'ensemble des sites médico-sociaux de la Direction Commune. Au sein de ce logiciel, les équipes peuvent à la fois trouver les procédures auxquelles ils peuvent se référer et déclarer puis suivre les événements indésirables. Il est particulièrement important de donner tous les éléments concernant cette démarche aux nouveaux agents lors de leur prise de fonction. Au-delà des risques individuels qui sont évalués lors de l'élaboration du PAP, les risques collectifs, liés à la structure par exemple, peuvent être traités au sein de ce logiciel. Les « presque événements » sont à prendre en considération avec toute leur importance afin de travailler la prévention d'événements réels (modèle de Reason). Un Plan Bleu, en rapport avec le plan SSE des établissements sanitaires le cas échéant, est élaboré afin d'anticiper les risques de toute nature.

Les plaintes sont recueillies et traitées.

L'ensemble des événements indésirables font l'objet de retours au sein des Conseils de Vie Sociale et en équipe.

### 1.5 - Bienveillance et prévention des risques de maltraitance

Parmi les risques majeurs à prendre en considération, le risque de maltraitance justifie d'être étudié de façon spécifique sous tous ses aspects.

La maltraitance a été définie par le Conseil de l'Europe en 1987 : « acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». Un complément a été apporté en 1992 par la description des différentes formes : « violences physiques, psychiques ou morales, médicales ou médicamenteuses, négligences actives, passives, privation ou violation de droits, violences matérielles et financières ».

La maltraitance n'est en effet pas seulement active et/ou intentionnelle. Elle peut être passive, par omission, par négation, voire institutionnelle lorsque des organisations ont été mises en place sans la réflexion adéquate sur leurs tenants et les aboutissants.

Le risque de maltraitance, voire la maltraitance avérée, peut être lié à des comportements individuels. Diverses démarches peuvent être mises en place : analyse des pratiques, rencontres inter-sites afin de permettre des partages d'expérience, entretiens individuels, groupes de travail...

Les équipes doivent être sensibilisées au risque lié à une volonté de solidarité entre ses membres. Compréhensible sous certains aspects, cette solidarité ne doit pas faire abstraction de la priorité donnée à la protection de l'utilisateur. Le cas échéant, le lanceur d'alerte doit être protégé et l'encadrement faire preuve d'un positionnement clair.

## 1.6 - Déclinaison de la qualité au travers de la politique de Ressources Humaines



Comme pour l'utilisateur, le personnel doit être accompagné de façon collective (analyse des pratiques) et individuelle (identification des risques inhérents à chaque personne).

Chaque événement justifie une analyse factuelle exempte d'affect. Au-delà des fiches d'événements indésirables, les Comités de Retour d'Expérience (CREX) constituent des

démarches constructives et des Evaluations de Pratiques Professionnelles peuvent être organisées sur des thématiques spécifiques. Dans tous les cas de figure (sauf dysfonctionnements individuels avérés et volontaires) la « non punition » doit être de mise, l'importance étant donnée à l'événement et non au déclarant. Il est ensuite important de communiquer des comptes rendus ou autre forme de partage d'informations sur le traitement du problème soulevé.

Plusieurs situations méritent d'être traitées de façon spécifique :

**Le nouvel agent :** son accueil est primordial, incluant toutes les informations requises sur la gestion documentaire, la gestion des risques et leur traitement, le risque spécifique de maltraitance. Des documents spécifiques lui sont remis afin qu'il puisse s'y référer après l'entretien.

**Les stagiaires :** la démarche est identique mais s'inscrit dans un processus de formation d'autant plus important qu'il contribue à la posture du soignant de demain. Une évaluation du stage par le stagiaire peut permettre de réajuster le processus d'accueil. « L'œil extérieur » et les observations qui en découlent doivent être pris en considération de façon constructive.

**Les intervenants ponctuels** qui ne sont pas des salariés de la structure : selon les cas, il peut être demandé aux employeurs partenaires de sensibiliser leurs salariés aux risques spécifiques de l'environnement dans lequel ils vont intervenir (risques en matière d'hygiène ou de maltraitance par exemple).

L'acteur primordial intervenant à toutes les étapes de la gestion des risques et donc de la qualité globale des accompagnements est le cadre de proximité du secteur concerné. Le cadre doit être convaincu, engagé, à l'écoute des difficultés de l'équipe mais rigoureux quant au contrôle de l'application des consignes qu'il doit pouvoir motiver. Il doit veiller à ce que les agents comprennent les tenants et aboutissants des bonnes pratiques à mettre en œuvre afin que chaque professionnel se les approprie et les adopte en « routine » tout en gardant la réflexivité nécessaire aux réajustements potentiels. Le cadre est attentif aux signes d'épuisement physiques ou psychologiques susceptibles d'être délétères pour l'agent comme pour les usagers.

## 2. La déclinaison locale de la politique de gestion des risques

### 2.1 - La gestion des événements indésirables



Initiée de longue date au Centre Hospitalier de Chalon sur Saône la politique qualité et de gestion du risque se veut constructive et avoir généralement pour objectif de diminuer voire supprimer le risque de récurrence de l'événement indésirable. La déclaration n'est donc pas une fin en soi mais

doit servir à mener une politique de prévention des risques. Les équipes sont donc fortement incitées à utiliser le logiciel de déclaration des événements indésirables, la direction ayant pris pour engagement de ne pas se servir de ces déclarations à l'encontre du déclarant. Pour autant, la réalisation d'une FEI ne doit pas appartenir au registre des « règlements de compte », d'autres moyens plus adaptés étant susceptibles d'aider à régler d'éventuels différends.

Les déclarations d'événements indésirables sont traitées en première intention par le cadre du secteur du déclarant qui juge s'il peut y répondre ou s'il doit la faire suivre à d'autres professionnels. Une sélection des événements significatifs d'une nécessité de traitement en équipe est réalisée en équipe d'encadrement. Son traitement est alors organisé avec les interlocuteurs concernés et l'exploitation est mise à disposition de l'ensemble de l'équipe.

En fonction des situations, des comités de retour d'expérience (CREX) doivent être mis en place lorsque la situation l'exige. Cette méthode requiert une formation spécifique assurée régulièrement au sein du CHWM afin d'étendre le nombre de professionnels aguerris à la méthode.

Une synthèse des déclarations des événements indésirables et plaintes recueillies est présentée à chaque Conseil de Vie Sociale ainsi qu'aux Conseils d'EHPAD USLD.

## 2.2 - La gestion des risques spécifiques et les structures d'appui

Lorsqu'elles existent des cartographies sont utilisées afin de définir des plans d'action via des groupes de travail composés d'agents volontaires (ex : cartographie de la maltraitance). Des plans d'actions peuvent aussi être définis par l'intermédiaire de démarches structurées telles que la Démarche d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux (DAMRI). Le risque infectieux est géré au quotidien grâce à l'appui de l'Equipe Mobile d'Hygiène de Territoire (EMHT) et l'équipe Opérationnelle d'Hygiène du Centre Hospitalier.

Le risque médicamenteux est également traité avec les pharmaciens de la PUI en portant une attention particulière à la distinction entre les traitements relevant de la vie quotidienne et ceux qui peuvent faire l'objet d'une prescription ponctuelle.

Enfin, l'EHPAD étant adossé au Centre Hospitalier, peut s'appuyer sur de nombreuses instances telles que le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales), le CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition ou le Comité d'Ethique. Pour autant une adaptation des principes édictés au Centre Hospitalier peut être nécessaire au sein de l'EHPAD dans la mesure où il s'agit d'un lieu de vie et non pas d'un établissement sanitaire (exemple du port du masque parfois rendu obligatoire de principe au CHWM et dont le port est adapté aux circonstances en EHPAD).



## F. Le projet social et sa déclinaison opérationnelle

### I. La politique du Centre Hospitalier William Morey

L'article L6143-2 du Code de la Santé Publique prévoit la rédaction d'un projet social. Ce projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des services dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Le projet social du Centre Hospitalier William Morey est en lien avec les Lignes Directrices de Gestion élaborées en concertation avec les représentants du personnel.

#### I.1 - Les Lignes Directrices de Gestion (LDG)

Les Lignes Directrices de Gestion, décrites dans le décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019, présentent les orientations générales d'une structure publique en matière de gestion des ressources humaines, notamment la mobilité, la promotion ou encore la valorisation des parcours professionnels. Outre le fait de permettre à une administration de détailler son action dans ces domaines, les LDG permettent aux agents publics d'avoir connaissance des politiques RH promues par leur employeur.

L'élaboration des LDG poursuit les objectifs suivants :

- Garantie de transparence et d'équité du cadre de gestion des agents
- Favoriser la mobilité et accompagner les transactions professionnelles
- Renforcer l'égalité Hommes/ Femmes

Les LDG du CHWM visent ainsi à :

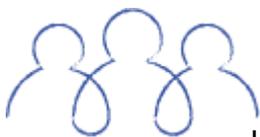
- Définir la stratégie de pilotage des Ressources Humaines
- Fixer des orientations générales notamment en matière de promotion, de valorisation des parcours professionnels et de l'égalité Hommes/Femmes

## 1.2 - Le Rapport Social Unique (RSU)

Le RSU et la base de données sociales sont décrits dans le décret n° 2020-1493 du 30 Novembre 2020. La base de données sociales, présentée dans l'article 1 du décret comporte l'ensemble des données portant sur l'emploi, le recrutement, le parcours professionnel, la formation, les rémunérations, la santé et sécurité au travail, la mise en œuvre des actions de prévention des risques professionnels, l'action sociale et la protection sociale, le dialogue social et la discipline.

A partir de cette base de données, le Rapport Social Unique est établi. Ce rapport remplace le Bilan Social et revêt donc un caractère obligatoire.

## 1.3 - La Prévention des risques professionnels



L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et médico-sociaux constitue un enjeu fondamental de la rénovation de la politique des ressources humaines et des relations sociales.

La prévention des risques professionnels désigne l'ensemble des mesures prises en amont destinées à maîtriser les risques d'accidents de travail ou de maladies professionnelles et à améliorer les conditions de travail à travers des solutions techniques, organisationnelles et humaines.

Dans le cadre de l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le 20 novembre 2009, les employeurs publics se sont engagés à mettre en œuvre une politique renouvelée en matière d'amélioration des conditions de travail. Afin de préserver la santé et sécurité des professionnels, le CH William Morey a donc initié une démarche de prévention des risques professionnels dont la déclinaison opérationnelle est présentée ci-dessous.

### 1.3.1 - Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP)

La mise en place d'outils de prévention des risques professionnels, notamment le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), constitue l'un des axes majeurs des actions menées par l'établissement.

Le DUERP est un outil efficace de prévention, pour garantir une prévention effective des risques sécuritaires et des risques psychosociaux (RPS) et entretenir la qualité du dialogue social. Le Document Unique ne doit pas être considéré comme un document administratif figé dans le temps. C'est un outil majeur de la prévention et de la performance qui doit vivre continuellement. Une approche globale doit être menée en concertation avec l'ensemble des acteurs du CHWM afin de faire du DUERP un outil de prévention partagé. Une implication de toutes les parties prenantes (CHSCT, DRH, Direction, Cadres, Agents, CTE, Service de Santé au travail) est essentielle pour la sensibilisation, l'évaluation des risques et l'élaboration d'une stratégie préventive cohérente.

La santé au travail et son évaluation suppose une vigilance constante et conjointe de l'ensemble des acteurs du CHWM. Sa préservation et son amélioration débute par une politique engagée de prévention des risques pour laquelle les services doivent être acteurs de son élaboration et de ses mises à jour. L'accompagnement et la formation des managers dans son utilisation et son amélioration sont essentiels.

### 1.3.2 - [Gestion et analyse des accidents de travail](#)

Un plan d'action est mis en place pour renforcer et améliorer le processus de gestion et d'analyse des accidents de travail dans chacune de ses étapes.

- **Analyse des accidents de travail et des maladies professionnelles**

L'analyse des accidents de travail et des maladies professionnelles doit être approfondie. Le risque zéro n'existe pas, il est cependant possible d'empêcher la répétition de ces événements en supprimant les causes qui en sont à l'origine. Pour ce faire, il convient d'analyser en profondeur les accidents et maladies professionnelles afin d'en identifier les causes et proposer des actions correctives et préventives.

L'élaboration d'une procédure d'enquête et d'analyse des accidents est une étape préalable à sa mise en application. Elle vient définir les paramètres qui encadrent la réalisation de l'activité et assurer son uniformité. Il est donc nécessaire d'effectuer une enquête sur les circonstances de l'accident survenu. Après avoir recherché les circonstances qui ont amené à la survenue de l'accident, il est possible de sélectionner les causes ayant contribué à l'accident parmi une liste pré définie dans l'outil. Puis, pour chacune des causes retenues, plusieurs mesures correctives simples et concrètes sont proposées. Au terme de la démarche, un plan d'actions reprenant l'ensemble des mesures correctives sera réalisé. La première étape dans une démarche de prévention des lésions professionnelles consiste à bien comprendre les facteurs qui les provoquent. Il s'avère donc essentiel d'identifier les risques auxquels les agents sont exposés dans leur milieu de travail. C'est dans ce contexte que les techniques d'identification des risques prennent toute leur importance.

- **Accompagnement des services où les accidents de travail sont les plus fréquents**

Après chaque accident, il est nécessaire d'identifier les causes et de mettre en place des actions correctives. Cette tâche peut parfois se révéler complexe. Pour accompagner les services, il convient d'auditer ceux ayant le plus fort taux d'accident de travail ou d'arrêt maladie.

- **Définition des actions de prévention ciblées sur les accidents de travail**

Chaque accident est unique. Il est donc nécessaire d'ajouter dans le DUERP les causes spécifiques et d'y associer des mesures de prévention adaptées à chaque situation.

### 1.3.3 - [Analyse des postes](#)

L'analyse de poste est réalisée par le service santé au travail, elle consiste à :

- Interroger l'agent avec un guide d'entretien,
- Réaliser un inventaire des activités,
- Organiser des réunions avec plusieurs titulaires d'un même poste. Ces échanges permettront de recueillir les informations.
- Observer pour déceler les principales difficultés du travail. Effectuer une observation par sondage à des fréquences irrégulières en décalant les périodes d'un jour à l'autre. A chaque passage, on enregistre les comportements perçus. Ainsi au bout d'un certains nombres de passages, on pourra reconstituer l'image du poste. L'analyse des postes de travail permet de proposer des améliorations de conditions de travail (organisation, adaptation, pénibilité...).

### 1.3.4 - Etats des lieux « Conditions de travail »

Les Etats des lieux « Conditions de travail » incluent l'ensemble des risques notamment les Risques Psychosociaux (RPS). Une attention particulière doit par ailleurs être portée sur le harcèlement moral et sexuel, pouvant être facteur déclencheur de RPS. Un suivi spécifique sera ainsi mis en place. Les membres du CHSCT recevront une formation à la prévention des risques psychosociaux, suivant un contenu de base commun à l'ensemble des acteurs de l'établissement. Un accompagnement spécifique sera fait par un organisme spécialisé afin d'établir un outil propre à l'établissement. Ce partenariat sera mis en place avec un organisme extérieur, celui-ci donnera lieu à des diagnostics ciblés, afin de nous accompagner dans le déploiement d'un outil interne. Un plan de déploiement sera élaboré en collaboration avec les membres du CHSCT et présenté en instance.



## 2. La politique de montée en compétences

La formation des professionnels peut se décliner sous plusieurs axes :

### 2.1 - La formation initiale

L'établissement a fait le choix de recruter le maximum d'agents diplômés. Néanmoins, et concernant la fonction d'aide-soignant, deux situations spécifiques peuvent être rencontrées : l'absence de candidatures diplômées sur le marché du travail à un instant donné ou le choix délibéré de faire monter en compétence un agent qui a construit un projet professionnel structuré. Dans ces deux situations, il peut être envisagé un accompagnement dans le parcours « d'aide-soignant faisant fonction » selon des conditions définies et répondant à des modalités de suivi très encadrées.

### 2.2 - Le plan de formation du CHWM

Chaque année, un entretien professionnel individuel est réalisé avec chaque agent concernant notamment son cursus de formation. Si les formations dites « obligatoires » sont à privilégier dans un premier temps, c'est le moment pour l'agent et le cadre de définir les priorités d'acquisitions pour l'année à venir. La synthèse de l'ensemble des demandes s'intègre dans le plan annuel de l'établissement. Il peut s'agir d'actions définies comme spécifiques à l'EHPAD, d'actions organisées pour l'ensemble des professionnels du CHWM voire d'actions individuelles.

### 2.3 - Le plan de formation « communauté d'établissements »

Afin de compléter le plan institutionnel sur des thématiques spécifiquement médico-sociales, l'EHPAD s'est intégré à un groupement appelé « communauté d'établissements ». Ce groupement rassemble de nombreux EHPAD du territoire qui organisent entre eux des formations spécifiques permettant à chacun d'eux d'inscrire quelques agents, ce qui facilite le déploiement de compétences pluri-thématiques et le partage d'expériences avec d'autres EMS.

## 3. L'accueil et l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux professionnels



L'établissement est un lieu de stage professionnalisant pour de nombreux étudiants et stagiaires. Il complète la formation des étudiants de manière opérationnelle et les prépare à entrer dans la vie active par une immersion dans le monde professionnel. Il accueille en continu les étudiants infirmiers et élèves aides-soignants de par sa proximité avec l'IFAS/IFSI du chalonais. De manière plus ponctuelle, en fonction des sollicitations, l'établissement est ouvert à l'accueil de stagiaires issus d'écoles spécialisées (art-thérapie, ostéopathie, animateurs...).

Afin de répondre tant aux enjeux portés par l'enseignement en stage qu'aux enjeux de d'attractivité des futurs professionnels pour le secteur du grand âge, l'établissement développe une dynamique d'accueil et d'accompagnement spécifique des étudiants et des stagiaires au moyen de différents outils et parcours d'apprentissage. Ces outils et ces parcours visent à favoriser l'intégration et l'adaptation de chaque stagiaire mais également promouvoir les spécificités d'exercice au sein d'un lieu de vie. A chaque fin de stage, un questionnaire est remis à chaque étudiant afin d'évaluer la qualité de son stage dans une dynamique d'amélioration continue.

Afin de favoriser l'intégration et l'adaptation des nouveaux professionnels, plusieurs actions sont mises en œuvre à la prise de poste :

- Mise à disposition de documents et d'outils d'aide à la prise de poste (liste des référents de l'unité, listing des protocoles importants...).
- Ajustement des plannings afin de garantir un encadrement par des professionnels expérimentés les premiers jours de la prise de fonction.
- Mobilisation des ressources internes (ergothérapeute et infirmière hygiéniste) pour des actions de formations ciblées portant sur l'utilisation des matériels de transferts et de manutention, les précautions standards en matière d'hygiène.
- Organisation d'une formation en e-learning à l'utilisation du logiciel métier Easily.
- Bilans réguliers avec l'encadrement afin d'identifier les difficultés éventuelles ou les besoins spécifiques.



#### 4. La qualité de vie au travail

Dans une situation financière particulière contrainte, l'établissement s'inscrit depuis fin 2022 dans une dynamique de refonte profonde de ses activités et ses organisations. Pour mener ses recompositions successives, l'approche par la démarche qualité de vie au travail s'est imposée comme un enjeu majeur pour l'EHPAD. En effet, l'amélioration de la qualité de vie au travail relève d'une importance capitale dans les économies immatérielles (diminution de l'absentéisme lié à la maladie ordinaire et aux accidents de travail, fidélisation et attractivité) et dans la qualité des prises en charge au sein de l'établissement. Un questionnaire multithématique a été diffusé à l'été 2023 à l'ensemble des professionnels de l'EHPAD afin de recueillir leur expression et leur avis pour définir « l'EHPAD de demain ». Les informations colligées ont permis d'identifier différents axes de travail pour améliorer la qualité de vie des résidents mais également la qualité de vie au travail des professionnels qui assurent les prises en charge quotidienne.

En complément des actions portées par la direction des ressources humaines, ce questionnaire a permis de réfléchir et construire une déclinaison opérationnelle de l'approche par la démarche qualité de vie au travail au sein de l'EHPAD.

Les actions mises en œuvre s'articulent autour de trois objectifs principaux.

##### 4.1 - Renforcer la capacité des professionnels à s'exprimer et agir sur leur environnement de travail

L'atteinte de cet objectif implique que l'ensemble des professionnels disposent d'informations claires et lisibles pour appréhender leur périmètre et leur environnement de travail. L'encadrement s'engage dans une démarche de formalisation de l'ensemble des réflexions menées afin de garantir la continuité de la diffusion des informations. Un portail intranet dédié aux professionnels de l'EHPAD/USLD a été spécifiquement mis en place pour faciliter cette diffusion d'information dans les différentes unités et au sein des deux sites de l'EHPAD.

A l'échelle de l'unité, différents temps d'échanges organisés par l'encadrement permettent de recueillir l'expression des professionnels. Ces temps d'échanges prennent la forme de réunions d'équipe ou de service.

Par des techniques managériales appropriées, ils constituent un espace propice à la mise en débat du travail et à l'élaboration de propositions concertées et constructives pour répondre aux problématiques rencontrées dans l'exercice quotidien (l'analyse collective des événements indésirables peut constituer par exemple un support de réflexion sur l'organisation du travail).

A l'échelle de l'EHPAD, les différentes réflexions menées ou les modifications d'activités/d'organisations conduites (passage en organisations de 12h, constitution d'une équipe de suppléance, définition d'une charte d'élaboration et de gestion des plannings, prise en charge multidimensionnelle de la douleur...) sont accompagnées au travers de groupes de travail thématiques incluant des professionnels de terrain et des représentants du personnel. En s'appuyant fortement sur l'expression et la participation des agents, ces groupes permettent de combiner autant que possible la qualité des conditions de travail des agents et la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents. Plus spécifiquement encore, ces groupes offrent l'opportunité de disposer d'une lisibilité importante sur les situations de travail et, in fine, identifier avec davantage de précision les irritants, les obstacles du quotidien et les leviers d'amélioration.

Par ailleurs, des professionnels dits « référents » participent également à des différentes commissions portant sur des thématiques diverses (incontinence, hygiène, douleur, restauration, linge...). Ils assurent un relai ascendant et descendant entre les pratiques opérationnelles et les orientations stratégiques protégées par les différentes commissions. Ils disposent de fiche de missions spécifiques.

## 4.2 - Donner du sens au contenu du travail



Afin de promouvoir l'autonomie au travail et donner sens aux interventions réalisées par les professionnels, l'établissement s'engage dans une dynamique de formalisation des procédures et des protocoles adaptés aux spécificités d'exercice au sein d'un lieu de vie. L'objectif est de permettre à chaque professionnel, quel que soit son niveau d'expertise, de disposer d'outils de travail actualisés et opérationnels lui permettant d'agir en situation de travail et de développer ses compétences (travail apprenant). Ces documents d'assurance qualité sont diffusés et explicités à l'ensemble des professionnels. Ils sont accessibles via le logiciel de gestion documentaire BlueKango. Ils s'attachent à donner sens aux actions et sécuriser les pratiques de chaque professionnel en tenant compte de son rôle et de sa zone de responsabilité.

### 4.2.1 - L'analyse des pratiques

Afin de permettre aux professionnels de prendre le temps d'analyser leurs pratiques, il a été prévu des groupes multi catégoriels, animés par un prestataire extérieur. L'obligation de passer par un marché au sein du GHT a complexifié la démarche et ralenti sa possibilité de mise en œuvre. Néanmoins, les premiers groupes se sont réunis fin 2024 et ont vocation à se développer au cours des années à venir. Ces moments privilégiés devraient permettre aux agents qui y participent de poser en équipe les difficultés rencontrées et de progresser ainsi dans leurs pratiques, tant au niveau individuel que collectif. Ces temps d'échanges sont vecteurs de réflexivité, ce qui permet de donner du sens au travail et de renforcer le sentiment d'utilité professionnelle.

### 4.2.2 - Le conseil d'EHPAD USLD

L'EHPAD est intégré dans le pôle gériatrique du Centre Hospitalier qui comprend également le court séjour gériatrique et le SMR. A ce titre, des représentants de l'EHPAD participent aux conseils de pôles. Cependant, il a été jugé important de constituer un « Conseil d'EHPAD » qui, créé avant l'ouverture de l'USLD, est devenu depuis « Conseil d'EHPAD USLD ». Ce conseil est constitué de professionnels multi catégoriels tous volontaires, de jour comme de nuit. Son rôle et ses missions ont été prédéfinis. A plusieurs reprises au cours de l'année, il permet d'échanger sur des thématiques aussi bien ascendantes que descendantes.

Les professionnels présents exposent des retours d'expérience à leurs collègues et l'équipe managériale informe les membres présents sur différents sujets : investissement, nouvelles procédures, évolution d'organisation...

Les comptes rendus des séances sont ensuite mis à disposition de l'ensemble des acteurs de l'EHPAD et de l'USLD sur le portail dédié. Ce conseil contribue à valoriser les actions menées et à partager leurs résultats, renforçant ainsi le sentiment de fierté au travail ainsi que celui d'utilité et de responsabilité.

### 4.3 - Améliorer les conditions de travail



Les actions en faveur de l'amélioration de l'environnement de travail (physique, technique ou organisationnel) constituent des axes déterminants dans l'approche par la démarche qualité de vie au travail. Dans une dynamique de lutte contre la sinistralité, l'établissement s'est engagé dans

la recherche de financements afin de mettre à disposition des professionnels des matériels d'aide à la manutention des personnes en perte d'autonomie (CNR, SEGUR notamment).

Des équipements comme les dispositifs de relevage Raizer®, des lèves-malades, des verticalisateurs et des rails-plafonniers ont ainsi pu être achetés. Toutes les chambres de l'EHPAD (à l'exclusion des unités de vie protégées) sont désormais équipées de rails-plafonniers. Par ailleurs, afin de limiter les allées-venues des professionnels, le parc de chariots d'évacuation du linge sale et des déchets a été augmenté afin d'atteindre le ratio d'un chariot par couloir.

Les réflexions issues de différents groupes de travail menés avec les professionnels ont permis d'identifier des besoins matériels complémentaires. Le projet relatif à l'achat de « chariots magasins » pour les professionnels AS et AES a ainsi été construit avec et pour les professionnels concernés. Prenant appui des difficultés exprimées par les agents de jour et de nuit en situation de travail, le chariot magasin constitue un outil permettant de répondre à deux enjeux centraux, piliers de l'approche par la démarche qualité de vie au travail :

- **Améliorer les conditions de travail des professionnels** dans un périmètre élargi (ergonomie, communication, collaborations, valorisation des compétences, réduction des risques professionnels...).
- **Améliorer la qualité des soins dispensés aux résidents** selon différents champs (sécurisation du circuit du médicament, respect des normes d'hygiène...).

Dans une dynamique d'amélioration de l'organisation du travail, un processus de formalisation des fiches de postes est engagé depuis plusieurs mois en concertation avec les professionnels. Il permet de réfléchir une répartition plus équitable des prises en charge quotidiennes entre chaque professionnel, développer les modes de collaboration inter-catégorielles, sanctuariser les temps d'échanges interprofessionnels et soutenir l'implication des professionnels dans les activités à médiation ou d'animation.

### 4.4 - Les axes à développer



- Finaliser la démarche de formalisation des fiches de postes et de clarification des organisations de travail.
- Aménager une salle de détente au sein de l'unité Taisey (unité non équipée de salle de détente).
- Renforcer la sécurité des professionnels exerçant en UVP et UHR en augmentant le parc matériel de téléphones et dispositifs d'alerte (PTI).
- S'inscrire dans le projet 'oreille augmentée' au sein des UVP afin de sécuriser les professionnels exerçant exclusivement de nuit.

- Améliorer l'articulation vie professionnelle/vie personnelle en offrant davantage de lisibilité sur les plannings.
  - Formation de l'encadrement à la mise en œuvre de cycles de travail (soutien de l'ANAP et de la DRH).
  - Définition de cycles de travail adaptés.
- Rechercher des financements pour l'achat de chariots repas à technique embarquée pour la distribution des repas afin d'améliorer l'ergonomie de travail des professionnels AH et la qualité du service des repas.
- Favoriser la dynamique de mobilité interne au sein de l'établissement et du CH afin de lutter contre l'épuisement professionnel.



## G. Le projet achat

### I. Politique territoriale des achats

Transposant les directives européennes n°2014/24/UE et n°2014/25/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014, l'Ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics et son décret d'application constituent le nouveau cadre juridique applicable, à compter du 1er avril 2016, aux marchés conclus par des Centres Hospitaliers. Depuis, le Code de la commande publique est venu regrouper et simplifier ces dispositions. Celui-ci est applicable depuis le 1er avril 2019.

Ainsi, les marchés de fournitures, de services et de travaux conclus par le Centre Hospitalier William Morey - Chalon sur Saône (CHWM), établissement support de la fonction achat du Groupement Hospitalier de Territoire Saône et Loire Bresse Morvan (GHT SLBM) sont soumis aux dispositions législatives et réglementaires du Code de la commande publique.

Ce Code (consultable sur le site [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)) qui a simplifié et modernisé les règles de la commande publique impose à tout pouvoir adjudicateur, lors de la passation de leurs marchés publics et accord-cadre, le respect des grands principes de la commande publique :

- L'égalité de traitement des candidats
- La liberté d'accès à la commande publique
- La transparence des procédures

Toutefois, sur certains points, le Code de la commande publique laisse le soin au pouvoir adjudicateur de déterminer et définir leur politique achat, dans le respect des principes évoqués précédemment.

Parallèlement, la création des GHT, imposant une fonction achat unique portée par l'établissement support, constitue une opportunité afin de repréciser l'ensemble des procédures d'achats en formalisant les règles relatives aux marchés publics conclus par l'établissement support pour le compte de l'ensemble des établissements composant un GHT.

L'article R. 6132-16 du Code de santé publique dispose que « L'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'Achat et du contrôle de gestion des Achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants ».

Dans ce cadre, le Centre Hospitalier William Morey - Chalon sur Saône, en tant qu'établissement support du Groupement Hospitalier Saône et Loire Bresse Morvan, fixe la politique Achat de l'ensemble du GHT qui servira de socle à sa fonction Achat.

La politique Achat est définie dans le guide de la fonction Achat de GHT de la DGOS comme les « exigences générales à prendre en compte sur l'ensemble des affaires du GHT. Celles-ci portent sur les interfaces avec le projet médical partagé du GHT, les exigences générales de performance économique, les problématiques de développement durable, les principes et/ou domaines de recours aux opérateurs d'achat mutualisés nationaux ou régionaux, etc... ».

La politique Achat est une donnée d'entrée essentielle au processus Achat. Elle définit les priorités d'Achats en fonction des activités des établissements. Elle est à la fois au fondement et au sommet de l'ensemble du processus Achat.

La formalisation d'une politique Achat traduit, dans l'achat public, le passage d'une logique juridique, centrée sur la sécurisation des procédures, vers une logique globale intégrant des objectifs de performance économique, qualité, délais et développement durable.

## 2. Objet

La politique Achat du GHT SLBM vient poser les bases et les principes fondamentaux indispensables à la bonne maîtrise de la fonction Achat par l'ensemble des prescripteurs et partenaires du GHT Saône et Loire Bresse Morvan.

La politique Achat doit être le reflet de la politique générale du GHT SLBM, tenant compte des spécificités liées au milieu hospitalier, de son positionnement à la fois envers le tissu économique local et de la patientèle, et de la diversité de ses métiers.

La politique Achat concerne l'ensemble des Achats du GHT, quelle que soit :

- Leur nature, objet ou valeur
- La Direction Acheteuse qui porte la démarche
- Le ou les établissements concernés

## 3. Objectifs de la politique Achat



Les objectifs de la fonction Achat du GHT trouvent leur traduction dans le cadre de la formalisation d'une politique commune qui détermine quelle est la contribution de la fonction Achat dans la stratégie globale du GHT.

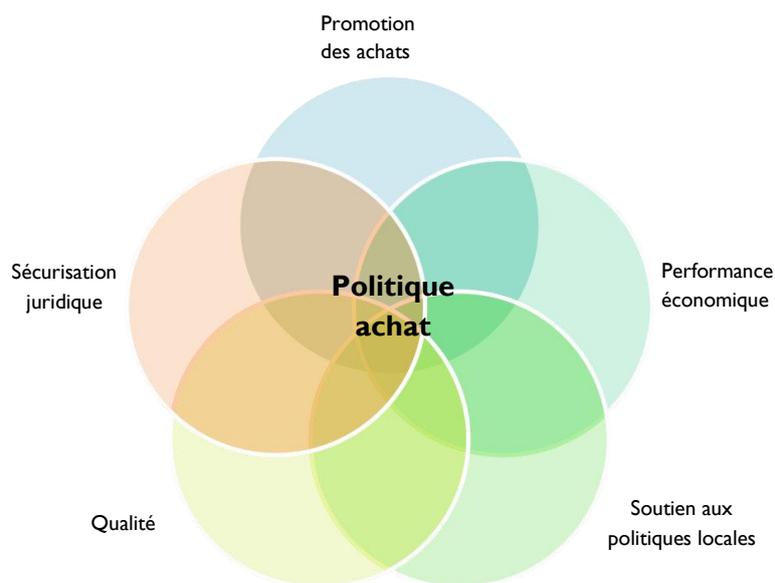
La politique achat du GHT Saône et Loire Bresse Morvan s'inscrit dans le cadre de la politique d'optimisation des Achats hospitaliers, et permet :

- De réunir des établissements ayant des niveaux de maturité Achat, des organisations et processus Achat souvent hétérogènes.
- D'utiliser toutes les expertises existantes dans l'intérêt commun du GHT et de capter les synergies entre les établissements du GHT. Un potentiel élevé de mise en commun de moyens techniques et de processus existe. Il s'agit ainsi de mutualiser entre les établissements, parties et support, des moyens techniques ainsi que les expertises et ressources (experts Achats, contrôle de gestion Achat, ...).
- D'assurer la satisfaction des besoins de tous les établissements du GHT, notamment ceux liés au projet médical partagé du GHT en veillant au respect d'un haut niveau de qualité.
- De recentrer le rôle de l'acheteur sur les missions stratégiques de l'Achat. L'essentiel de la valeur de l'Achat est créé en amont des procédures de passation. Près de deux tiers des gains sont issus du dialogue entre l'acheteur et le prescripteur d'Achat en mobilisant des leviers de performance

notamment via la définition du juste besoin, l'optimisation des stratégies d'Achat, mais aussi en aval, à travers les retours d'expérience, l'évaluation des fournisseurs, ...

- De renforcer les réseaux des acheteurs hospitaliers (directeurs des achats, acheteurs métier, juristes, partage des bonnes pratiques, benchmark prix, ...).
- De franchir de nouveaux paliers de performance économique, notamment à travers des actions transverses aux établissements de préciser les relations avec les opérateurs d'Achat mutualisés afin d'avoir un dispositif lisible pour les établissements/GHT, attractif pour les industriels et au final de maximiser la valeur créée pour les établissements.

#### 4. La traduction en 5 axes des objectifs de la fonction achat



##### Axe I : Structuration et promotion de la fonction Achats

- Effectivité de la gouvernance, à travers la création d'un Comité Achat qui a en charge de définir les grandes orientations de la fonction achat.
- Reconnaître les contraintes et les spécificités des différents métiers au sein du GHT afin de toujours leur proposer la meilleure solution alliant l'intérêt général et particulier
- Action de communication par les acheteurs consistant notamment en la remontée des gains achats ou en la communication des diverses actions menées en directions des prescripteurs et des utilisateurs qu'ils mettent en œuvre afin de rendre l'achat vertueux.
- Rédaction d'un protocole achat, matérialisé par la rédaction d'un guide des achats. Ce processus achat est un élément déterminant de la maîtrise et de l'efficacité économique du GHT. Cette maîtrise s'appuie sur le respect des procédures décrites dans le processus achat.
- Professionnalisation de la fonction achat. Identifier ou former les meilleurs experts métiers au sein du GHT et s'appuyer sur leur expertise et savoir-faire pour optimiser la performance achat.
- Favoriser les échanges d'informations, évolution règlementaire, partages sur les bonnes pratiques, retours d'expérience, ... par le biais des Comités Achat, d'ateliers métiers, ....

## Axe 2 : Performance économique

- Convergence des marchés à l'échelle du GHT. En effet, la massification et la synergie du GHT sont utilisées comme moyens pour obtenir des conditions préférentielles notamment en termes de coût.
- Recours aux opérateurs de mutualisation. Il incombera aux acheteurs de toujours étudier la possibilité de recourir aux opérateurs de mutualisation, groupement ou centrale d'achats, nationaux (RESAH, UNIHA, UGAP) ou régionaux (GCS UTIL, GCS AMEITIC...) ou territoriaux, dans le cadre de l'étude de leur besoin.
- Les acheteurs s'assurent que les actions d'achats servent les intérêts portés par le Plan d'Action Achat de Territoire (PAAT) validé en COSTRAT sur proposition du Comité Achat.
- Utilisation de l'ensemble des leviers achats, comme notamment :
  - La recherche de la définition du juste besoin. Le juste besoin, défini en collaboration avec les prescripteurs et utilisateurs en termes de fonctionnalités et de performances à atteindre, et son anticipation sont des éléments essentiels pour garantir une bonne maîtrise technique, budgétaire et financière
  - Le sourcing de fournisseurs répondant aux critères de sélection ainsi qu'à la procédure d'évaluation permet d'optimiser les résultats que ce soit d'un point de vue technique ou économique
  - La recherche du meilleur rapport qualité / prix / délai doit être le leitmotiv de tous les acteurs du processus Achat, au regard de critères pertinents et clairement définis, ainsi que le raisonnement en coûts complets
  - La recherche de moyens de globalisation, standardisation et rationalisation
- La mesure des résultats économique de chaque démarche (consultation, adhésion, ...) par le biais du PAAT
- Stimuler la concurrence et rendre nos démarches d'Achat attractives, en :
  - Intensifiant les échanges avec les fournisseurs, existants ou potentiels
  - Surveillant les évolutions du marché fournisseur (opportunité, innovations, ...)
  - Adoptant la stratégie la plus appropriée à chaque démarche
- La rigueur administrative comme règle afin de respecter les obligations légales et optimiser les coûts d'enregistrement et de traitement des pièces comptables.

## Axe 3 : Soutien aux politiques publiques



Le GHT, à travers sa politique Achat, entend contribuer de manière forte à la mise en œuvre des politiques publiques. Dans cette perspective, le GHT SLBM fera en sorte que l'ensemble de ses achats prennent en compte trois piliers clés de telles politiques, à savoir le développement durable, la promotion de l'innovation et l'accès facilité des PME à la commande publique.

- Prise en compte du développement durable. La politique Achat s'inscrit pleinement dans cette démarche et démontre que la fonction Achat est un acteur majeur pour atteindre les objectifs définis en s'imposant ses propres règles de fonctionnement dans la gestion des Appels d'Offre et des relations avec les fournisseurs.

Les aspects développement durable que compte mettre en avant le GHT sont les suivants :

- Promotion de l'insertion sociale au sein de certains marchés et le recours aux travailleurs handicapés par le développement des marchés réservés au secteur adapté
- Prise en compte de la sécurité des personnes et des biens
- Prise en compte des facteurs sociaux et environnementaux

- Priorité aux achats de proximité s'ils répondent en tout point au besoin du GHT et dans le strict respect des règles de la commande publique
- Respect de l'environnement, passant entre autres par la maîtrise du recyclage des déchets, la limitation des transports et donc de l'empreinte carbone, et par la diminution des emballages
- Instauration de critères de pondération prenant en compte des critères sociaux et environnementaux afin de prioriser l'accès aux marchés du GHT aux fournisseurs qui s'engagent à respecter les règles du développement durable.
- Promotion de l'innovation, et ainsi favoriser des fournisseurs capables de proposer des solutions innovantes afin d'optimiser les solutions techniques et les coûts.
- Soutien des PME et préservation de la diversité de l'écosystème artisanal et industriel par le respect notamment par le GHT :
- Du principe d'allotissement imposé par le droit commun de la commande publique
- De la démarche de simplification d'accès à la commande publique (allègement des formalités administratives (donc réduction des frais d'accès à la commande publique); limitation du chiffre d'affaire exigible, augmentation du seuil de dispense de publicité...)



#### Axe 4 : Qualité

- Veiller à n'accepter que des fournisseurs qui se conforment au droit applicable ainsi qu'à l'éthique, et également veiller à en faire de même avec leurs partenaires et notamment leurs sous-traitants.
- Prise en considération des besoins des établissements, avec l'objectif de satisfaire les « clients finaux » que sont les utilisateurs ainsi que les patients. Ces besoins seront néanmoins « challengés » par les acheteurs au moyens des leviers de gains, des bonnes pratiques, ....
- Construction d'un dialogue avec les fournisseurs. Il convient également de ne pas imposer des règles ou des contraintes aux fournisseurs qui pourraient s'avérer incompatibles avec le respect des réglementations (droit de la commande publique, droit du travail, règles fiscales ou environnementales...).

De plus, l'acheteur, devra maintenir un dialogue permanent avec l'ensemble des fournisseurs, en veillant notamment à :

- Assurer un sourcing lui permettant d'évaluer la compétence des fournisseurs en vue de la passation d'un marché public.
- Opérer un suivi permanent du marché durant toute son exécution par l'entreprise attributaire afin d'assurer une exécution optimum. Pour ce faire, il pourra notamment faire application de pénalités, reconduction de marché, résiliation de marché, ou encore contractualisation d'avenant).
- Procéder à une évaluation fournisseur.
- Le GHT est en recherche permanente de solutions novatrices sur les produits et services afin d'optimiser la gestion de son activité, et d'augmenter la qualité de ses prestations vis-à-vis des patients. Tous les achats n'ont de sens que parce qu'ils contribuent immédiatement à la satisfaction directe des patients où celles des praticiens de santé au service de ces derniers.
- Le GHT tend à développer des marchés dits « de résultat » permettant aux fournisseurs d'optimiser leurs produits et services.
- Tous les prescripteurs s'engagent à agir dans l'intérêt du GHT qu'ils représentent, en dehors de tout intérêt personnel.
- La tenue d'indicateurs permettant de mesurer et comparer l'activité de la fonction Achat
- Une enquête annuelle de satisfaction

## Axe 5 : Sécurisation du processus Achat

- Le GHT s'assure d'apporter une sécurisation juridique en se conformant en tout point aux règles fixées par le droit de la commande publique à travers l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 et son décret d'application n°2016-360 du 25 mars 2016 relatifs aux marchés publics et en respectant de fait, au travers de la passation de ces marchés les 3 grands principes que sont :
  - La liberté d'accès à la commande publique
  - L'égalité de traitement des candidats
  - La transparence des procédures
- Sécurisation des approvisionnements par la mise en place par l'Acheteur d'une procédure qualité pour chaque matière consistant en un contrôle des délais de livraison, une gestion des commandes ainsi que d'un contrôle de la qualité.
- Dématérialisation des dossiers de consultation de l'ensemble des procédures marchés, des factures et des transmissions vers le Trésor public permettant une rapidité de traitement et une sécurisation des données.
  - Garantir le respect des principes fondamentaux (les règles de la commande publique) et les règles éthiques
- Libre concurrence et égalité de traitement des fournisseurs
  - Transparence tout au long du processus
  - Confidentialité des informations
  - Favoriser des relations commerciales loyales, équilibrées et responsables

Pour conclure, le GHT inscrit sa politique achat dans une démarche « d'achat responsable » définie par l'ObsAR (Observatoire des Achats Responsables) comme : « Tout achat intégrant, dans un esprit d'équilibre entre parties prenantes, des exigences, spécifications et critères en faveur de la protection et la mise en valeur de l'environnement, du progrès social et favorisant le développement durable économique. L'acheteur recherche l'efficacité, l'amélioration de la qualité des prestations et l'optimisation des coûts globaux (immédiats et différés) au sein d'une chaîne de valeur et en mesure l'impact ».



## H. Le projet système d'information

### 1. Projet territorial du système d'information

Ce schéma directeur du système d'information (SDSI) trace la voie pour le GHT Saône et Loire Bresse-Morvan de 2024 à 2028. Il ambitionne de faire du système d'information (SI) un véritable moteur de progrès, améliorant l'efficacité, la performance et l'attractivité du GHT. Ce document s'inscrit dans la lignée du précédent schéma directeur (2019-2023) et vise à consolider les acquis tout en intégrant les nouvelles exigences du paysage sanitaire.

Le GHT SLBM, composé de 8 établissements de santé aux profils variés, s'étend sur un territoire vaste et majoritairement rural. Cette diversité, source de richesse, représente un défi en matière d'organisation, de coordination et de système d'information. Le présent SDSI prend en compte cette complexité et vise à harmoniser les pratiques et les outils numériques au sein du GHT. Il s'aligne également avec le Projet Médico-Soignant Partagé de Territoire (PMSPT) 2024-2028, traduisant une volonté de cohérence et d'intégration des soins à l'échelle du territoire. Enfin, il intègre les orientations stratégiques de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté en matière d'innovation, notamment en ce qui concerne l'exploitation des données de santé, la télémédecine et l'intelligence artificielle.

Le précédent schéma directeur (2019-2023) a permis de poser les fondations d'un SI unifié et performant pour l'ensemble des établissements du GHT. Des progrès notables ont été réalisés depuis 2022 en matière de déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI), de mutualisation des infrastructures et de renforcement de la cyber sécurité. Le présent SDSI capitalise sur ces avancées et propose de nouvelles orientations pour répondre aux enjeux de demain.

## 2. Contextes et enjeux



Le GHT SLBM se caractérise par une grande diversité d'établissements, allant des centres hospitaliers aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en passant par des structures de soins de suite et de réadaptation. Cette diversité constitue une richesse en termes d'offre de soins, mais elle complexifie l'harmonisation des pratiques et des systèmes d'information. Le SDSI 2024-2028 prend en compte cette complexité et propose des solutions pour faciliter l'échange et le partage d'informations entre les différents établissements, favorisant ainsi une prise en charge coordonnée et efficiente des patients.

Le contexte actuel est marqué par de profondes mutations du système de santé, avec une pression croissante sur les dépenses, une demande de soins accrue et une évolution des besoins de la population. Le numérique est un levier essentiel pour répondre à ces défis et améliorer la performance du système de santé. Le SDSI s'inscrit pleinement dans cette dynamique et vise à faire du SI un outil de transformation au service des patients, des professionnels de santé et du territoire.

Le précédent schéma directeur (2019-2023) a permis de franchir des étapes importantes dans la modernisation du SI du GHT. Le déploiement du DPI Easily a notamment permis d'améliorer le partage d'informations entre les professionnels de santé et de fluidifier les parcours patients. La mutualisation des infrastructures a permis de réaliser des gains d'efficacité et de renforcer la sécurité du SI. Le présent SDSI s'appuie sur ces acquis et propose de nouvelles orientations pour répondre aux enjeux de demain, notamment en matière d'exploitation des données de santé, de télémédecine et de cyber sécurité.

Le SDSI 2024-2028 a pour ambition d'améliorer la qualité des soins, l'accès aux soins et l'efficacité du système de santé sur le territoire du GHT. Il s'agit d'un projet collectif qui nécessite la mobilisation de tous les acteurs du GHT : direction, professionnels de santé, services administratifs et techniques, usagers. La réussite du SDSI repose sur l'engagement de chacun et sur une collaboration étroite entre les différents acteurs.

## 3. Les axes stratégiques du SDSI

### 3.1 - SI au service des parcours et de l'accès aux soins

- **Fluidifier les parcours patients** : Le SI doit permettre une meilleure coordination entre les différents acteurs de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient, en facilitant l'échange d'informations et la communication. Il s'agit notamment de développer des outils de suivi des patients, de planification des soins et de coordination des interventions. L'objectif est d'améliorer la continuité des soins, d'éviter les ruptures de parcours et d'optimiser la prise en charge des patients.
- **Renforcer l'accès aux soins** : Le SI doit contribuer à réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les populations vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité) et les habitants des zones rurales. Il s'agit de développer des solutions de télémédecine, de téléconsultation et de télé expertise, permettant aux patients d'accéder à des soins spécialisés à distance. Il est également important de faciliter l'accès aux informations de santé et aux services en ligne (prise de rendez-vous, consultation des résultats d'examens).
- **Soutenir les nouvelles organisations du GHT** : Le SI doit accompagner les évolutions organisationnelles du GHT, notamment la mise en place de pôles inter-établissements et de fédérations médicales inter hospitalières. Il s'agit de développer des outils de communication et de collaboration entre les professionnels de santé des différents établissements, et de faciliter le partage d'informations et de ressources.

### 3.2 - SI au service de la donnée et de l'innovation

- **Consolider la plateforme de données massives** : Le GHT doit poursuivre le développement de sa plateforme de données de santé (Concentrateur de Données Cliniques ou CDC), qui permet de collecter, stocker et analyser les données médicales des patients. Cette plateforme est un outil essentiel pour la recherche clinique, l'amélioration de la qualité des soins et l'aide à la décision. Il est important de garantir la sécurité et la confidentialité des données, en respectant les réglementations en vigueur.
- **Développer les usages autour de l'exploitation des données** : Le GHT doit encourager l'utilisation des données de santé pour améliorer la prise en charge des patients, développer de nouveaux outils d'aide à la décision et favoriser l'innovation en santé. Il s'agit notamment de promouvoir l'utilisation de l'intelligence artificielle pour l'analyse des données médicales, le diagnostic et la personnalisation des traitements.
- **S'inscrire dans la dynamique régionale d'innovation en santé** : Le GHT doit participer activement aux initiatives régionales en matière d'innovation en santé, en collaborant avec l'ARS, le CHU Dijon Bourgogne et l'université de Bourgogne. Il s'agit notamment de contribuer aux projets de recherche clinique, de développer des solutions de télémédecine et de promouvoir l'utilisation des objets connectés en santé.

### 3.3 - SI au service de la transformation numérique



- **Poursuivre le déploiement du DPI Easily à l'échelle du GHT** : Le DPI Easily est un outil essentiel pour la coordination et la continuité des soins. Le GHT doit poursuivre son déploiement dans tous les établissements, en veillant à l'interopérabilité avec les autres systèmes d'information. Il est également important de former les professionnels de santé à l'utilisation du DPI et de les accompagner dans le changement de pratiques.
- **Développer les usages du numérique en santé pour les professionnels et les patients** : Le GHT doit encourager l'utilisation des outils numériques en santé, tant pour les professionnels (messagerie sécurisée, téléconsultation, accès aux dossiers patients) que pour les patients (prise de rendez-vous en ligne, consultation des résultats d'exams, éducation thérapeutique). L'objectif est d'améliorer la communication, la coordination et l'efficacité des soins.
- **Renforcer la cyber sécurité pour protéger les données de santé et garantir la continuité de service** : La sécurité des données de santé est une priorité absolue. Le GHT doit mettre en place des mesures de sécurité robustes pour protéger le SI contre les cyberattaques et garantir la confidentialité des données. Il est également important de mettre en place des plans de continuité d'activité pour assurer la disponibilité des services en cas d'incident.

### 3.4 - SI au service de l'efficience et de la performance

- **Optimiser l'utilisation des ressources** : Le SI doit permettre d'optimiser l'utilisation des ressources du GHT, qu'il s'agisse des lits d'hospitalisation, des équipements médicaux, des ressources humaines ou financières. Il s'agit notamment de développer des outils de planification et de gestion des ressources, permettant d'améliorer l'efficience du système de santé.
- **Améliorer la performance du SI** : Le GHT doit veiller à la performance du SI en termes de sécurité, d'interopérabilité, d'urbanisation et de robustesse des infrastructures. Il s'agit notamment de moderniser les infrastructures informatiques, de mettre en place des solutions de sauvegarde et de reprise d'activité, et de garantir la compatibilité des différents systèmes d'information.

- **Favoriser l'innovation organisationnelle** : Le SI doit permettre l'expérimentation de nouveaux modèles de prise en charge et de nouvelles organisations, en facilitant la communication et la collaboration entre les professionnels de santé. Il s'agit notamment de soutenir le développement de la télémédecine, des objets connectés en santé et de l'intelligence artificielle.

### 3.5 - SI au service de l'attractivité et de la coopération

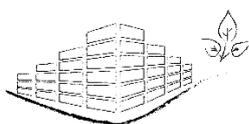


- **Soutenir les projets d'attractivité du GHT** : Le SI doit contribuer à l'attractivité du GHT, en proposant une offre de soins innovante et de qualité. Il s'agit notamment de développer des services en ligne pour les patients, de promouvoir l'utilisation des nouvelles technologies en santé et de faciliter l'accès aux informations de santé.
- **Renforcer la coopération avec le CHU Dijon Bourgogne et l'université de Bourgogne dans le domaine de la santé** : Le GHT doit développer des partenariats avec le CHU et l'université pour favoriser la recherche clinique, l'innovation en santé et la formation des professionnels de santé. Il s'agit notamment de participer à des projets de recherche communs, de partager des données de santé et de mettre en place des programmes de formation continue.
- **Améliorer la communication et la collaboration entre la DSI et les maîtrises d'ouvrage** : La DSI doit être un partenaire privilégié des maîtrises d'ouvrage pour la mise en œuvre des projets du SDSI. Il est important de mettre en place des instances de dialogue et de concertation pour faciliter la communication et la collaboration entre les différents acteurs.

Pour conclure, le SDSI 2024-2028 est ambitieux, il vise à faire du SI un véritable levier de transformation du système de santé sur le territoire du GHT SLBM. Il s'appuie sur les orientations du PMSPT et de l'ARS, et prend en compte les enjeux actuels et futurs du système de santé. La mise en œuvre de ce SDSI nécessite une forte mobilisation des acteurs du GHT et un investissement conséquent en termes de ressources humaines et financières. La réussite de ce projet collectif permettra d'améliorer la qualité des soins, l'accès aux soins et l'efficacité du système de santé, au bénéfice des patients et des professionnels de santé du territoire.

Le SDSI est un document évolutif qui sera mis à jour régulièrement pour tenir compte des évolutions du contexte, des besoins et des technologies. Il est important de maintenir une veille permanente sur les innovations en santé et les bonnes pratiques, afin d'adapter le SDSI et de garantir sa pertinence.

## I. Le projet développement durable et travaux



### I. La politique territoriale de développement durable

Le service Travaux Infrastructure et Sécurité, Développement Durable (DTIS2D) joue un rôle majeur pour assurer un environnement de soins sûr, fonctionnel et respectueux de l'environnement.

Il doit garantir non seulement le bon fonctionnement des infrastructures, mais aussi la continuité des soins, la sécurité des patients et du personnel, ainsi que la conformité aux réglementations des sujets dont il a la responsabilité.

Ce service couvre la gestion des infrastructures, les projets de construction et de rénovation, la sécurité des patients et du personnel, ainsi que l'intégration des pratiques durables dans toutes les activités des établissements de la Direction Commune, afin de réduire l'empreinte environnementale.

La politique générale de ce service est élaborée en tenant compte de plusieurs objectifs stratégiques :

- **Sécurité** : Garantir la sécurité des patients, du personnel et des visiteurs en réduisant les risques liés aux installations et équipements hospitaliers mais aussi aux risques de malveillances.
- **Efficacité Opérationnelle** : Optimiser les processus techniques et de maintenance afin d'assurer une disponibilité maximale et optimisée des équipements et des infrastructures.
- **Durabilité** : Intégrer des pratiques durables et respectueuses de l'environnement dans tous les projets et opérations de la commande à la mise en service sans oublier de les faire perdurer lors de leur exploitation.
- **Innovation Technologique** : Adopter et mettre en œuvre des technologies avancées afin d'améliorer le quotidien des usagers et salariés tout en réduisant l'impact environnemental des établissements.

## 2. Travaux

L'adaptation des bâtiments aux nouveaux parcours de soins et la modernisation en général des locaux sont des priorités nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins. Les actions de la DTIS2D comprennent :

- **La construction de nouvelles infrastructures** : Etudier, planifier et superviser la construction de nouvelles infrastructures en fonction des besoins croissants des établissements de santé et médico-sociaux du groupement.  
Intégrer, autant que faire se peut, des technologies modernes ainsi que des modes constructifs et matériaux durables dans les nouveaux projets de construction.
- **Les rénovations et modernisations** : Conduire des projets de rénovation et de modernisation afin d'améliorer les infrastructures existantes, tout en intégrant les mêmes notions vertueuses que pour la construction.
- **La gestion des projets** : Approcher la gestion de projets avec rigueur pour les nouvelles constructions et rénovations, incluant des études d'impact et des analyses de coût-bénéfice.  
Utilisation d'une méthode de gestion de projet performante afin d'assurer le respect des délais, des coûts et de la qualité.
- **La planification des travaux** : Établir un plan de développement pluriannuel, priorisant les projets selon les besoins des établissements, les échéances impératives et les budgets disponibles.  
Dans une zone en exploitation, prendre en compte les besoins de l'hôpital et si perturbations probables, privilégier les périodes de moindre activité afin de minimiser la gêne.
- **La coordination interne** : Collaborer étroitement avec les services de soins concernés afin de minimiser l'impact des travaux sur les soins aux patients et sur la gêne des soignants.
- **Le respect des normes**: Veiller à ce que tous les travaux et maintenances respectent les normes en vigueur, avec une vigilance accrue sur celles relatives à l'hygiène et la sécurité.
- **La conformité réglementaire** : Assurer la conformité avec les réglementations locales et nationales en matière de construction et d'exploitation des bâtiments hospitaliers et médico-sociaux, en particulier la garantie d'accessibilité des infrastructures pour tous les patients et visiteurs, y compris ceux à mobilité réduite, doit rester une priorité.

### 3. Maintenance des installations



La maintenance préventive et corrective est essentielle pour garantir la fiabilité et la disponibilité des infrastructures hospitalières. Cette maintenance concerne :

- Le gros œuvre (GO) ;
- Le second œuvre (SO) ;
- Les systèmes de chauffage, ventilation et climatisation (CVC) ;
- L'électricité courants forts et courants faibles (CFO-CFA) ;
- La plomberie, (Pb) ;
- Les fluides médicaux et le réseau pneumatique quand l'établissement en est équipé.

Cette maintenance régulière est essentielle pour éviter les pannes qui pourraient perturber les services de santé et administratifs.

- **Maintenance préventive :**

Mettre en place des programmes de maintenance préventive pour les infrastructures et les équipements afin de réduire les risques de panne et améliorer leur longévité.

Penser à programmer les interventions gênantes en dehors des 'heures de pointe' afin de minimiser les impacts sur les activités hospitalières.

- **Maintenance curative :**

En cas de panne, les équipes de maintenance doivent pouvoir se rendre disponibles 24h/24 7j/7 afin d'intervenir rapidement et rétablir la continuité de fonctionnement.

Cette réponse rapide aux besoins de réparation doit aussi être complétée par la mise en œuvre de projets d'amélioration continue des installations et l'élaboration de procédures qui permettent aux techniciens de bénéficier des retours d'expérience des autres membres de l'équipe technique.

- **Inspections régulières :**

Effectuer des inspections périodiques des bâtiments, des équipements techniques et des systèmes de chauffage, ventilation et climatisation (CVC) pour identifier et rectifier les problèmes potentiels avant qu'ils n'affectent le fonctionnement de l'hôpital.

- **Suivi et documentation :**

Utiliser le système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) pour suivre les travaux de maintenance, documenter les interventions et analyser les données pour améliorer les processus et communiquer les avancements des interventions aux utilisateurs.

### 4. Sécurité



- **Sécurité des patients et du personnel**

La sécurité des patients et du personnel est au cœur de notre politique. Les mesures incluent :

- **Des procédures de sécurité :** Élaborer et mettre à jour régulièrement des procédures de sécurité couvrant tous les besoins en matière de sécurité dans un établissement de santé ou médico-social.

- **De la formation continue** : Organiser des sessions régulières de formation incendie et risque attentat pour le personnel.
- **Évaluation des risques** : Réaliser des évaluations régulières des risques pour identifier les zones de vulnérabilité et mettre en place des mesures correctives.

- **Gestion des Risques**

Un plan de gestion des risques est essentiel afin de prévenir et gérer les incidents de sécurité. Les actions comprennent :

- **Un plan de gestion des Risques** : Développer un plan de gestion des risques couvrant les risques incendie, des biens et des personnes,
- **Des simulations et exercices** : Organiser des simulations et des exercices réguliers pour tester et améliorer les plans de réponse aux situations d'urgence,
- **Des analyses des incidents** : Mettre en place un système de déclaration et d'analyse des incidents pour tirer des leçons des événements passés et améliorer les procédures de sécurité.

- **Surveillance et contrôle**

La surveillance et le contrôle sont essentiels pour prévenir les incidents de sécurité et réagir rapidement en cas de besoin. Nos actions incluent :

- **Des systèmes de surveillance** : Utiliser des systèmes de surveillance avec des caméras et des contrôle d'accès pour protéger les infrastructures et les personnes. Pour la sécurité incendie, utiliser un CMSI performant et maintenu.
- **Des rondes de sécurité** : Mettre en place de rondes de sécurité régulières afin de surveiller les zones sensibles des établissements.

S'assurer de la traçabilité de ces rondes avec la saisie d'un rapport dans une main courante numérique à chaque fin de tournée.

- **Des réponses rapides** : Établir des procédures de prises de décisions rapides pour intervenir en cas d'incident de sécurité, avec des équipes formées et équipées.



## 5. Développement Durable

- **Efficacité énergétique**

L'amélioration de l'efficacité énergétique est cruciale pour réduire l'empreinte carbone des établissements. Nos actions comprennent :

- **Les audits énergétiques** : Réaliser des audits énergétiques dans tous les bâtiments de plus de 20 ans du groupement afin d'identifier les opportunités de réduction des consommations d'énergie ainsi que les gains financiers et en confort thermique.
- **Les technologies énergétiques** : Installer des technologies énergétiques de pointe, comme des systèmes de gestion de l'énergie et de gestion technique centralisée (GTC) ainsi que des équipements CVC performants et supervisés par une IA.
- **Rénovations énergétiques** : Mettre en œuvre des projets de rénovation énergétique pour améliorer l'isolation et le confort thermique des bâtiments et réduire les pertes d'énergie.

- **Performance énergétique** : Mettre en place sur tous les sites des contrats de performance énergétique efficaces qui permettent d'optimiser la conduite des productions de chaleur et de froid.
- **Sensibilisation** : Sensibiliser le personnel et les patients aux éco gestes qui permettent de réduire le gaspillage énergétique.
- **Santé environnementale**
  - **Qualité de l'air intérieur** : Assurer une bonne qualité de l'air intérieur par l'utilisation de matériaux non toxiques et l'entretien régulier des systèmes de ventilation.  
S'assurer lors de la conception et la réalisation d'une construction ou d'une rénovation, que le renouvellement d'air et le confort thermique soient optimisés et à minima conformes aux réglementations.

- **Gestion des Déchets**

Une gestion efficace des déchets est essentielle pour protéger l'environnement et la santé. Nos actions incluent en étroite collaboration avec le service logistique :

- **Le tri sélectif** : Mise en place de nombreuses filières de tri afin de recycler au mieux les matériaux qui peuvent l'être et de réduire au maximum les déchets envoyés en décharge.
- **Gestion des déchets médicaux** : Gérer les déchets médicaux de façon sécurisée et conforme aux réglementations, avec des procédures strictes pour la collecte, le stockage et l'élimination.
- **Sensibilisation** : Sensibiliser le personnel et les patients à l'importance de la gestion des déchets et au respect des filières de tri.



- **Utilisation des Ressources**

L'utilisation rationnelle des ressources contribue à la durabilité de l'hôpital. Nos actions comprennent :

- **La Réduction du gaspillage** : Mettre en place des programmes pour réduire le gaspillage d'eau, de nourriture, de consommables de toutes sortes, en utilisant des techniques de gestion efficaces, en étudiant des paramétrages qui privilégient le juste besoin et en sensibilisant les utilisateurs.
- **Les Produits Durables** : Favoriser l'achat de produits durables et respectueux de l'environnement, incluant les fournitures médicales, les produits de nettoyage et les équipements.  
Favoriser les fournisseurs locaux afin de réduire l'empreinte carbone liée au transport des biens et services.
- **Les Transports durables**
  - Mobilité douce** : Encourager l'utilisation de transports alternatifs pour le personnel et les patients, tels que le covoiturage, les transports en commun, le vélo et la marche.
  - Gestion de la flotte** : Optimiser la gestion de la flotte de véhicules de l'hôpital pour réduire les émissions de gaz à effet de serre.
- **Les Suivis et améliorations** : Suivre les utilisations des ressources et mettre en œuvre des actions d'amélioration continue pour les optimiser.

- **Sensibilisation et formation**

La sensibilisation et la formation du personnel sont essentielles pour promouvoir les pratiques de développement durable. Nos actions incluent :

- **Des programmes de formation ou d'information** : Organiser des programmes de formation pour le personnel sur les pratiques de développement durable et les avantages environnementaux et économiques de celles-ci.
- **De la Communication** : Utiliser des supports de communication, tels que des affiches ou autres livrets, pour sensibiliser le personnel et les patients aux initiatives de développement durable et les encourager à participer à ces efforts.
- **Un engagement communautaire** : Encourager l'engagement communautaire dans des projets de développement durable, incluant des partenariats avec des organisations locales et des initiatives de volontariat.

Pour conclure, la politique générale de la direction du service Travaux Infrastructure et Sécurité développement durable du centre hospitalier William Morey, site support du GHT Nord Saône et Loire Morvan, est une composante essentielle de notre mission qui consiste à créer et entretenir un environnement sûr, efficient et durable pour tous les usagers et le personnel afin de permettre la dispensation des soins de qualité.

En mettant l'accent sur la maintenance et la modernisation des infrastructures, la sécurité des patients et du personnel, et l'intégration de pratiques durables, nous nous engageons à créer un cadre hospitalier novateur, performant et résilient pour répondre aux défis actuels et futurs du secteur hospitalier.

La collaboration au sein du GHT et du GCSC renforce notre capacité à atteindre ces objectifs et à promouvoir les bonnes pratiques dans nos domaines d'activités sur l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux du territoire.



## CONCLUSION

Le projet médico-social de l'EHPAD de Chalon-sur-Saône représente une démarche ambitieuse et résolument tournée vers la qualité des soins et le bien-être des résidents. Il s'articule autour de plusieurs axes stratégiques qui visent à offrir un environnement de vie de qualité, adapté et sécurisé pour chaque résident, tout en favorisant leur autonomie et leur épanouissement personnel.

Tout d'abord, le projet met l'accent sur une prise en charge globale et personnalisée, où chaque résident est considéré dans sa singularité et ses besoins spécifiques. Cette approche est rendue possible grâce à une évaluation initiale approfondie et à un suivi régulier de l'état de santé des résidents, impliquant une collaboration étroite entre les professionnels de santé, les familles et les résidents eux-mêmes. Les Projets d'Accompagnement Personnalisé qui en découlent permettent d'optimiser la qualité des interventions et de garantir la continuité des prises en charge.

Parallèlement, l'EHPAD s'engage à promouvoir un cadre de vie agréable et stimulant, favorisant les interactions sociales et les activités récréatives. Des animations variées et adaptées sont organisées régulièrement, visant à stimuler les capacités cognitives et physiques des résidents, tout en renforçant leur sentiment d'appartenance à une communauté solidaire et bienveillante. Le projet prévoit également des aménagements spécifiques pour offrir des espaces de détente et de convivialité, permettant aux résidents de profiter d'un environnement serein et chaleureux.

Par ailleurs, l'établissement s'attache à développer des partenariats avec des structures locales et des professionnels de santé externes, afin d'élargir l'offre de soins et de services proposés. Ces collaborations permettent d'enrichir l'accompagnement des résidents, en leur donnant accès à des compétences et à des ressources complémentaires. Les partenariats avec les centres hospitaliers, les services de soins à domicile et les associations locales sont autant de leviers pour améliorer la qualité des prises en charge et faciliter l'accès à des soins spécialisés lorsque nécessaire.

Le projet médico-social de l'EHPAD de Chalon-sur-Saône, intègre également une dimension éthique forte, en veillant au respect de la dignité et des droits des résidents. Des actions de formation et de sensibilisation sont mises en place pour le personnel, afin de garantir une prise en charge respectueuse et bienveillante. L'EHPAD s'engage à promouvoir une culture de la bientraitance, où chaque résident est traité avec considération et humanité.

Enfin, la mise en œuvre de ce projet repose sur une dynamique d'amélioration continue. Des dispositifs d'évaluation et de contrôle qualité sont instaurés pour mesurer l'efficacité des actions entreprises et identifier les axes de progrès. Cette démarche permet de garantir la pérennité et l'optimisation des prises en charge, tout en s'adaptant aux évolutions des besoins et des attentes des résidents.

En conclusion, le projet médico-social de l'EHPAD de Chalon-sur-Saône incarne une vision ambitieuse et humaniste de la prise en charge des personnes âgées. En plaçant le résident au cœur de ses préoccupations, l'établissement s'affirme comme un acteur de référence, déterminé à offrir un cadre de vie épanouissant et respectueux de la dignité de chacun. Les efforts conjugués des équipes soignantes, des familles et des partenaires permettent de créer un environnement propice à la santé, au bien-être et à l'épanouissement des résidents.



# ANNEXE

## GESTION DOCUMENTAIRE DE L'EHPAD REFERENCES DES PRINCIPAUX DOCUMENTS EVOQUES DANS LE PROJET MEDICO SOCIAL (Documents consultables sur BlueKango®)

### Bienveillance et éthique

- 0351REF070 - Charte Bienveillance
- Charte éthique et accompagnement du grand âge (espace éthique Ile de France)
- EHPAD\_TEC060 - Préalables à la prise de fonction à l'EHPAD/USLD
- EHPAD\_TEC061 - Préalables à une intervention à l'EHPAD/USLD

### Droits et libertés

- EHPAD\_ORG001 - Règlement de fonctionnement de l'EHPAD/USLD
- EHPAD\_ORG002 - Procédure de déroulement de la commission d'admission
- EHPAD\_ENR011 - Recueil de consentement à l'admission en EHPAD
- EHPAD\_ENR053 - Référent familial
- EHPAD\_TEC056 - Procédure de désignation de la personne de confiance à l'EHPAD
- 0254TEC004 - Procédure de désignation de la personne de confiance (USLD)
- EHPAD\_TEC055 - Procédure de recueil du droit à l'image en EHPAD/USLD
- EHPAD\_ENR008 - Contrat de séjour
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance
- EHPAD\_REF100 - Charte des droits et libertés de la personne accueillie
- EHPAD\_ENR001 - Entretien de préadmission du résident/usager

### Expression et participation

- EHPAD\_ORG003 - Règlement intérieur du Conseil de la Vie Sociale de l'EHPAD
- EHPAD\_TEC027 - Modalités de déroulement des élections du Conseil de la Vie Sociale
- EHPAD\_TEC057 - Fonctionnement et organisation du comité de pilotage animation et vie sociale
- EHPAD\_ENR086 - Fiche projet animation
- EHPAD\_ENR087 - Fiche évaluation synthétique animation
- EHPAD\_REF082 - Composition du CVS novembre 2024

### Projet d'accompagnement personnalisé

- EHPAD\_ORG010 - Organisation générale de la démarche Projet d'Accompagnement Personnalisé
- EHPAD\_TEC008 - Elaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé
- EHPAD\_REF096 - Présentation Easily du Projet d'Accompagnement Personnalisé
- EHPAD\_TEC007 - Référent Projet d'Accompagnement Personnalisé : missions et modalités d'organisation
- EHPAD\_TEC052 - Conduite à tenir lors de l'arrivée d'un nouveau résident/usager
- EHPAD\_ENT095 - Mot d'accueil du résident/usager
- EHPAD\_TEC062 - La réunion de synthèse pluri professionnelle
- EHPAD\_TEC064 - La réunion de présentation du PAP

### Accompagnement à la santé

- EHPAD\_TEC051 - Procédure de repérage, d'évaluation et de suivi de la douleur en EHPAD/USLD
- EHPAD\_TEC012 - Protocole de prise en charge médicamenteuse de la douleur en EHPAD/USLD
- EHPAD\_TEC054 - Procédure de prise en charge non médicamenteuse
- TER\_DOU\_REF002 - Fiche de missions du référent douleur AS ASG AES en EHPAD et USLD
- EHPAD\_TEC043 - Fiches réflexes en cas de situations inhabituelles
- EHPAD\_REF076 - Fiche de missions Infirmier(e) référent(e) plaies et cicatrisation
- EHPAD\_REF068 - Fiche de missions référent soins d'incontinence
- 0351REF010 - Charte soins palliatifs
- TER\_BDM\_TEC008 - Fiche d'utilisation simplifiée moteur multirail 200

- 9451ORG002- Circuit du médicament Centre Hospitalier / EHPAD
- 9451ORG019 - Gestion de l'administration et des commandes de stupéfiants à l'EHPAD
- 9451TEC087 - Organisation de l'administration des médicaments en EHPAD
- DAMRI Plan d'action
- 9352TEC001 - Procédure relative aux prestations de l'Equipe Mobile d'Hygiène du Territoire
- 9352TEC107 - Précautions standard
- 9352TEC162 - Précautions complémentaires
- 0256REF002 - Politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

### **Parcours**

- EHPADTEC049 - Protocole de prévention du risque suicidaire et de prise en charge de la crise suicidaire
- TER\_MSG\_ORG001 - Dispositif de conciliation territorial à l'intention des établissements médicosociaux du territoire.
- TER\_MSG\_REF003 - Charte de fonctionnement conciliation GHT
- EHPAD\_ORG006 - Procédure de constatation et de prise en charge d'un décès à l'EHPAD
- EHPAD\_REF059 - Guide à l'usage des familles confrontées au décès d'un résident/usager à l'EHPAD/USLD

### **Easily**

- EHPAD\_REF096 - Présentation Easily du Projet d'Accompagnement Personnalisé
- TER\_GSI\_TEC069 - Easily : utilisation du module « journal des transmissions ».

### **Prestations et logistiques**

- EHPAD\_TEC016 - Guide du linge EHPAD USLD
- EHPAD\_REF092 - Livret du linge du résident/usager EHPAD/USLD
- EHPAD\_TEC028 - Identification du linge entretenu par les familles
- EHPAD\_REF101 - Les enjeux et les orientations de la restauration en EHPAD/USLD
- EHPAD\_ORG009 - Livret des assistants hôteliers

### **Ressources Humaines**

- 0551ORG005 - Lignes directrices de gestion
- 0551ORG004 - Charte qualité de vie et conditions de travail
- EHPAD\_REF099 - Outil d'aide à la prise de poste
- EHPAD\_TEC046 - Accès au portail spécifique EHPAD/USLD
- EHPAD\_TEC047 - Fonctionnement et organisation du Conseil EHPAD/USLD
- EHPAD\_TEC063 - Procédure d'accueil et d'accompagnement des étudiants et stagiaires en EHPAD/USLD
- EHPAD\_REF036 - Livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers et élèves aides-soignants en EHPAD USLD
- EHPAD\_REF098 - Dix procédures à connaître impérativement en EHPAD/USLD
- EHPAD\_TEC048 - Procédure d'optimisation de la communication des alertes documentaires
- Organigramme EHPAD USLD
- EHPAD\_TEC065 - Modalités d'accompagnement des professionnels faisant fonction d'AS à l'EHPAD
- TER\_GRH\_ENR001 - Grille de capacités professionnelles faisant fonction aide-soignant(e)

### **Démarche qualité et gestion des risques**

- 0254ORG002 - Gestion globale des risques
- 0254TEC009 - Guide de déclaration d'un évènement indésirable
- 0254TEC003 - Gestion des évènements indésirables
- 0254TEC051 - Gestion des réclamations patients/résidents/usagers
- TER\_GSI\_ORG001 - Charte informatique utilisateurs
- 0857REF001 - Guide des bonnes pratiques sur le tri des déchets