



PROJET D'ETABLISSEMENT

2024-2028



EHPAD – Résidence Le Ruban d'argent

- ✓ **Avis favorable lors du Conseil de la vie sociale du 23 octobre 2024**
- ✓ **Avis favorable lors du Comité social d'établissement du 23 octobre 2024**
- ✓ **Approuvé lors du Conseil d'administration du 24 octobre 2024**

PREAMBULE

L'article L.311-8 du CASF stipule que « *Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.* »

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

Le décret 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médicosociaux vient compléter les dispositions en vigueur en précisant le contenu minimal du projet.

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

- Le projet est d'abord une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes.
- Produit et diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires.
- C'est un document évolutif, car suivi et révisé régulièrement.

Le projet d'établissement est aussi l'outil qui sera au premier chef des éléments de preuve dans la démarche d'évaluation à laquelle est soumise l'EHPAD ; aussi, sa rédaction prendra en considération le Référentiel d'évaluation et les recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé et anciennement les recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements sociaux et Médico Sociaux (ANESM) et les derniers rapports d'évaluations ou d'audit.

Méthodologie d'élaboration du Projet d'Etablissement

Conformément aux préconisations de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et au décret du 29 février 2024, la volonté a été de mettre en place une méthodologie basée sur une réflexion commune, pluridisciplinaire et une recherche de consensus.

Le Comité de Pilotage (COPIL)

Dans le cadre de sa démarche d'amélioration de la qualité, l'établissement a remis en place un Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques à la fin de l'année 2018.

Composé de manière pluridisciplinaire, c'est l'instance qui a été choisie pour assurer le suivi de l'élaboration de ce projet d'établissement.

Composition du Comité de Pilotage Qualité et Gestion des risques :

- Directeur
- Adjointe des cadres / Adjointe administrative
- Médecin coordonnateur
- Coordinatrice qualité et gestion des risques
- Cadre de santé
- Animatrice
- Psychologue
- Ergothérapeute
- Infirmier, aide-soignant, ASH des différentes unités
- Agent technique
- Chef de cuisine

Le Comité de pilotage a procédé au lancement de la démarche lors de sa séance du 26 février 2024. Il a ensuite validé le calendrier global et s'est assuré du bon déroulé des groupes de travail. Il a piloté la relecture et la validation du document avant présentation aux instances.

Les groupes de travail

L'établissement a fait le choix de mener la réflexion en interne, en associant le personnel, les résidents, les familles et les membres du Conseil de la vie sociale aux différents groupes et questionnaires. L'enquête de satisfaction annuelle de 2024 a été un support complémentaire pour recueillir les souhaits des résidents et familles.

Le projet se veut participatif. En effet, l'ensemble des professionnels a été sollicité pour recueillir les avis/suggestions via des questionnaires sur chaque item via l'outil Quizzeo déployé par le logiciel Qualité ELABORHA.

Plusieurs groupes de travail ouverts à tous et animés par le Directeur et la coordinatrice qualité et gestion des risques ont été mis en place. Ils se sont déroulés du 18 mai 2024 au 30 septembre 2024. L'annexe 1 présente la méthodologie globale, les groupes de travail réalisés ainsi que le calendrier global de la démarche.

Le choix des thèmes des groupes de travail s'est basé sur la cartographie des processus de l'établissement, validée en COPIL Qualité (la cartographie est disponible en annexe 3). Pour chaque groupe de travail, un document de travail a été réalisé (exemple en annexe 4), reprenant les objectifs du groupe, le processus concerné, les actions définies lors du précédent projet d'établissement concernant la thématique et leur stade d'avancement.

Lors de la réunion du groupe de travail, il a été proposé aux participants de reprendre les résultats des questionnaires, le bilan des actions réalisées, pertinentes ou caduques. Suite à cette actualisation, le groupe a procédé à la définition des nouveaux objectifs et actions pour les cinq années à venir.

Prise en compte de la convention tripartite et du futur CPOM

L'élaboration du projet d'établissement a pris en compte le bilan des objectifs de la Convention tripartite précédente (signée en 2009) et l'avenant à la convention tripartite (signé en 2013). Dans le cadre de la négociation du CPOM, les objectifs présentés dans ce projet d'établissement reprennent l'essentiel des objectifs et actions mentionnées dans le diagnostic partagé transmis aux autorités de tarification et de contrôle en 2023 même si nous n'avons pas encore de retour suite à ce diagnostic. Le CPOM doit être signé prochainement pour une durée de 5 ans.

Validation et diffusion du Projet d'Etablissement

Le projet a été présenté pour avis au Conseil de la vie sociale et en Comité social d'établissement le 23 octobre 2024. Le 24 octobre 2024, il a été présenté au Conseil d'Administration pour validation.

En novembre 2024, il sera transmis aux partenaires, au Conseil départemental et à l'Agence Régionale de santé. Son affichage aura lieu dans l'établissement via la diffusion d'un QR Code.

Sa durée de validité est de 5 ans.

Evaluation et actualisation du Projet d'établissement

Le projet d'établissement et son plan d'actions feront l'objet d'une évaluation annuelle en COPIL Qualité. Les résultats seront communiqués aux instances notamment via la présentation du Rapport d'activité en avril.

Au cours de l'année 2028, un bilan sera réalisé et la démarche de réécriture engagée pour le nouveau projet d'établissement 2029-2033.

Le projet sera revu autant de fois que nécessaire en cas de modification substantielle des activités et projets de la structure.

Organisation du document

Le présent projet d'établissement est organisé en plusieurs parties principales reprenant les principaux processus de l'établissement selon la cartographie présentée en annexe 3.

Cette cartographie sert de base au déploiement de la démarche qualité, qu'il s'agisse du suivi du Plan d'actions ou de la base documentaire qui est organisée selon ce classement.

En début de chaque partie, le document reprend le code correspondant et la description du processus.

En fin de partie ou de sous partie, le document reprend les objectifs assignés à chaque processus, les actions d'amélioration validées et leur échéance de réalisation. Les échéances précisent uniquement l'année de réalisation et le détail des dates pour chaque action fera l'objet d'une validation en COPIL Qualité.

Ces actions seront celles qui figureront dans le plan d'actions d'amélioration de la qualité. Ce plan d'actions fera l'objet d'un suivi en COPIL Qualité tout au long de la réalisation du Projet d'établissement.

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
Méthodologie d'élaboration du Projet d'Etablissement	3
Le Comité de Pilotage (COPIL)	3
Les groupes de travail	4
Prise en compte de la convention tripartite et du futur CPOM	4
Validation et diffusion du Projet d'Etablissement	5
Evaluation et actualisation du Projet d'établissement	5
Organisation du document	5
PRESENTATION GENERALE	10
Histoire de la création de l'établissement	10
Inscription dans l'action médico-sociale	10
Inscription de l'EHPAD dans son environnement	11
Caractéristiques et provenance des personnes âgées accueillies	11
MISSIONS ET VALEURS	13
Le concept de personne	13
Nos valeurs	14
GOVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT (PM1)	15
Stratégie et politique de l'établissement (PM1-SP01)	15
Définition de la politique et de la stratégie générale	15
Organisation administrative et instances (PM1-SP02)	16
Fonctionnement courant	16
Instances	17
Management de la qualité et des risques (PM1-SP03)	19
Une démarche participative	19
Le suivi de la démarche qualité	21
La gestion documentaire informatisée	21
La mesure de la qualité	22
L'Evaluation	22
Le management des risques	22
La stratégie de développement durable	23
La stratégie de gestion des crises	26
Droits et libertés (PM2-SP01)	28
L'information et le recueil du consentement	28
Le respect de la liberté individuelle et collective	28
La liberté d'aller et de venir	29
La promotion et le maintien de l'autonomie	30
Le maintien et la valorisation des relations sociales	30
La préservation de la dignité humaine	31
La qualité de vie	31
Ethique et bientraitance (PM2-SP02)	32
Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance	32
L'éthique pour se ressourcer	33
Participation des résidents et des familles (PM2-SP03)	34
Relations avec les familles et les proches	34
L'écoute et recueil de la satisfaction des usagers	34
RESEAUX ET PARTENARIATS (PM3)	36

Contexte territorial (PM3-SP01)	36
Coopérations (PM3-SP02).....	37
Conventions de ffilières et de prises en soins	37
Autres partenaires	37
Le groupement de coopération social et médico-social des EHPAD du Roussillon (GER)	38
L'association ESTAGLY.....	39
Bénévolat (PM3-SP03)	39
Les bénévoles et intervenants réguliers pour les animations	39
ADMISSION ET ACCUEIL DES RESIDENTS (PR1)	40
Préadmission (PR1-SP01).....	40
L'admission (PR1-SP02).....	40
Accueil et évaluation (PR1-SP03).....	41
Descriptif de l'accueil.....	41
L'évaluation gérontologique standardisée (EGS)	41
ELABORATION ET SUIVI DU PROJET PERSONNALISE (PR2)	43
Projet personnalisé (PR2-SP01)	43
Définition du projet personnalisé	43
Les objectifs du Projet d'accompagnement personnalisé.....	44
Les acteurs du Projet d'accompagnement personnalisé.....	44
Accompagnement médical et paramédical (PR2-SP02)	47
La vie quotidienne.....	47
Le repos de journée	48
Le coucher	48
La nuit.....	48
La coordination pluridisciplinaire des soins.....	48
La prise en charge des urgences	51
Principes de prise en charge des soins	51
Dossier du résident et transmissions.....	53
Le circuit du médicament	53
Prévention et gestion des risques (PR2-SP03).....	56
La structuration de la démarche.....	56
La prévention des déficits sensoriels.....	56
La prévention des troubles nutritionnels	57
La prévention de la déshydratation.....	58
La prévention des escarres et de la régression locomotrice	58
La prévention des anomalies d'élimination urinaire et fécale	59
La prévention des chutes.....	59
La prévention de la douleur.....	60
La prévention de l'isolement relationnel (personnel, familial, social) et de ses conséquences psychologiques.....	61
La prévention du déclin cognitif	61
La prévention du risque iatrogène.....	62
La prévention de la maltraitance	63
La prévention des infections associées aux soins.....	63
La prévention vaccinale et nosocomiale.....	63
Accompagnements spécifiques (PR2-SP04)	67
L'accompagnement psychologique	67
Les autres accompagnements	68
L'unité de vie protégée	69

L'accueil de jour	76
L'hébergement temporaire	81
Le Centre de Ressource Territorial (CRT)	83
Le futur PASA	88
ACTIVITES, ANIMATIONS ET VIE SOCIALE (PR2-SP05).....	89
Présentation du projet d'animation	89
Objectifs du projet d'animation.....	89
Mise en place des animations.....	91
FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT (PR3).....	96
Accompagnement à la fin de vie et soins palliatifs (PR3-SP01).....	96
Sortie des résidents (PR3-SP02).....	97
Décès des résidents (PR3-SP03).....	98
RESSOURCES HUMAINES (PS1).....	99
Recrutement, accueil et intégration des nouveaux agents (PS1-SP01)	100
Le recrutement	100
Accueil et intégration du nouvel arrivant	102
L'Accueil des stagiaires	105
Emplois, carrières, rémunération (PS1-SP02).....	107
Gestion des carrières	107
Les textes applicables aux salariés.....	107
Rémunérations.....	108
Développement des compétences et politique de formation (PS1-SP03).....	109
Gestion prévisionnelle des métiers et compétences	109
Formation professionnelle.....	109
L'élaboration du plan de formation.....	110
Le budget de la formation professionnelle.....	111
Prévention des risques professionnels et qualité de vie au travail (PS1-SP04).....	112
Prévention des atteintes à la santé physique et psychique	112
La lutte contre les discriminations et le harcèlement	118
Le handicap	118
Le dialogue social et l'activité syndicale	118
Organisation du travail et gestion du temps de travail (PS1-SP05).....	120
Structure des effectifs.....	120
Organisation du travail	121
Gestion du temps de travail.....	122
COMMUNICATION (PS2).....	124
Communication interne et échanges d'informations (PS2-SP01)	124
Communication externe (PS2-SP02).....	125
LOGISTIQUE ET SECURITE (PS3).....	127
Environnement, hébergement et cadre de vie (PS3-SP01)	127
Structure actuelle de l'EHPAD	127
Réaffectation des espaces communs.....	128
Jardins et terrasses	129
Isolation et climatisation.....	129
Remplacement régulier du mobilier	129
Accessibilité des locaux.....	129
Décoration et identité des espaces	130
Restauration (PS3-SP02)	132
Les temps de repas	132

Les modalités du service	132
La participation des résidents au choix de leurs menus.....	132
Organisation de la cuisine	133
Organisation de l'hôtellerie et de la plonge	133
Respect des principes d'hygiène (HACCP)	133
Gestion des approvisionnements alimentaires	134
Maintenance (PS3-SP03).....	136
Eau chaude sanitaire.....	136
Vérification et maintenances obligatoires des équipements.....	136
Maintenance des bâtiments et autres équipements	136
Circuit des déchets.....	138
Hygiène des locaux et du linge (PS3-SP04)	140
L'entretien des surfaces et des locaux.....	140
La gestion du linge	140
L'hygiène du linge	140
Transports (PS3-SP05).....	142
Sécurité des biens et des personnes (PS3-SP06)	143
Sécurité incendie.....	143
Sécurité	143
Système d'information (PS3-SP07)	144
Système informatique.....	144
Accès internet	144
Logiciels.....	144
Règles d'usage du système d'information et RGPD	145
ACHATS ET RESSOURCES FINANCIERES (PS4)	146
Orientations pluriannuelles (PS4-SP01).....	146
Le Plan pluriannuel d'investissement	146
Gestion budgétaire et financière (PS4-SP02).....	147
L'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).....	147
L'Etat réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).....	148
Fonction achat (PS4-SP03)	149
Contrôle de gestion et comptabilité analytique (PS4-SP04)	149
TABLE DES ANNEXES.....	152
ANNEXE 1 - Méthodologie et calendrier d'élaboration du Projet d'établissement	153
ANNEXE 2 - Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.....	156
ANNEXE 3 – Cartographie des processus.....	158
ANNEXE 4 – Exemple de fiche de groupe de travail	159
ANNEXE 5 - Organigramme de l'établissement	162

PRESENTATION GENERALE

La résidence Le Ruban d'Argent est un établissement médico-social d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) autonome relevant du statut de la fonction publique hospitalière. L'EHPAD est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'Aide Sociale, pour 30 % de sa capacité, de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie et de l'Allocation-Logement (sous condition de ressources).

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés de 60 ans au moins (sauf dérogation) sans aucune discrimination, dans le respect de ses capacités d'accompagnement et de soins de l'établissement définies dans ce projet d'établissement.

Histoire de la création de l'établissement

La résidence est née de la volonté de la Municipalité de la commune de Pia qui a sollicité sa création le 2 décembre 2004.

Après l'avis favorable du Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociales (CROSMS), le Conseil Général et anciennement la D.D.A.S.S des Pyrénées Orientales ont conjointement rédigés l'arrêté autorisant la création d'un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 76 lits dont 2 lits d'hébergement temporaires et de 4 places d'accueil de jour.

La première pierre a été posée en janvier 2008 par Christian BOURQUIN, Président du Conseil Général et Guy PARES, Maire de la Commune et après et plus de 20 mois de travaux, l'ouverture de la résidence a lieu le 16 décembre 2009.

En 2013, l'avenant n°1 à la Convention tripartite autorise une extension des places de l'accueil de jour passant alors de 4 à 6 places.

En 2021, l'établissement a mis en place une Equipe d'Evaluation et d'Accompagnement médicosociale de l'Agly (E2A).

Cette équipe mobile d'intervention et de maintien à domicile s'est transformée au 1^{er} janvier 2024 en Centre de ressources territorial (CRT). Le CRT accompagne 30 bénéficiaires à domicile et organise des sessions de prévention à destination des personnes âgées de son territoire et des professionnels des services partenaires.

Au 1^{er} juillet 2024, le CRT s'est doté d'une garde infirmière de nuit mutualisée avec 15 autres EHPAD. Celle-ci permet la disponibilité et l'intervention d'une IDE la nuit, au bénéfice des structures partenaires et bénéficiaires du volet 2 du CRT.

Le CRT sera doté dès 2024 d'une place d'hébergement temporaire dédiée pour la prise en charge de ses bénéficiaires.

En 2025, l'EHPAD devrait se voir doter d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) permettant d'accompagner 14 résidents de la structure de manière spécifique.

Inscription dans l'action médico-sociale

L'établissement participe à l'action sociale et médico-sociale telle qu'elle a été définie, dans la Loi du 2 janvier 2002, et notamment dans les articles suivants :

Article L. 116-1 « l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les

exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables (...), »

Article L. 116-2 : « *L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* ».

Inscription de l'EHPAD dans son environnement

La résidence bénéficie d'une situation géographique privilégiée au sein de la commune : elle est située à la périphérie de Perpignan, dans la plaine de la Salanque entre mer (à 10 min des plages) et montagne avec un magnifique point de vue sur le Canigou. L'établissement est situé au 112 Chemin de la poudrière à Pia.

L'établissement, qui se situe en zone périurbaine, est proche des grands centres médicaux (Centre Hospitalier de Perpignan, Cliniques Mutualistes, nombreux spécialistes en centre-ville...) et implanté dans un secteur où de nombreux cabinets de médecins, infirmières, masseurs kinésithérapeutes et pharmacies sont installés.

Accès par la route :

L'autoroute A9 « la catalane » dessert Pia en empruntant la sortie 41 « Perpignan Centre – aéroport de Rivesaltes – Le Barcarès (2 kms de Pia)

La R.N 9 à l'entrée de Perpignan Nord, prendre la R.D 12 (chemin de Rivesaltes à Pia), contourner le rond-point et emprunter la R.D 12 qui passe sous la Route Nationale 9 jusqu'au prochain rond-point et prendre la direction de PIA qui se trouve à 1.2 km.

Par les airs :

L'aéroport « Sud de France » de Perpignan (situé à 8 kms de Pia).

Par le rail :

La gare de Perpignan est située à 10 kms de Pia et Rivesaltes à 5 km.

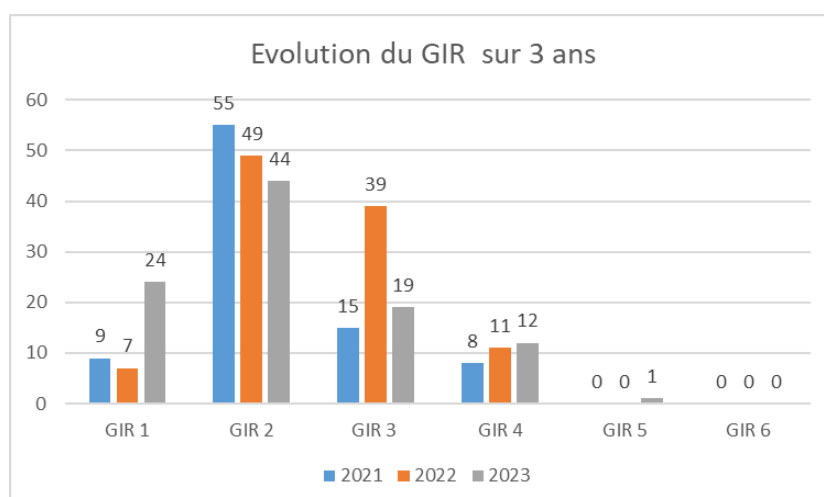
Par le bus du CD 66

Ligne de Clairà à Perpignan (gare routière). L'arrêt le plus proche de l'établissement est situé à 500 mètres.

Caractéristiques et provenance des personnes âgées accueillies

Le nombre de personnes en GIR 1-2 représente toujours la grande majorité des résidents même si l'année 2022 comptabilise plus de GIR 1 ce qui témoigne de l'accroissement de la dépendance. Le groupe iso-ressource (GIR) 5-6 totalise un seul résident.

Evolution du GIR des résidents sur les 3 derniers exercices :



Evolution du GIR Moyen Pondéré (GMP) et PMP :

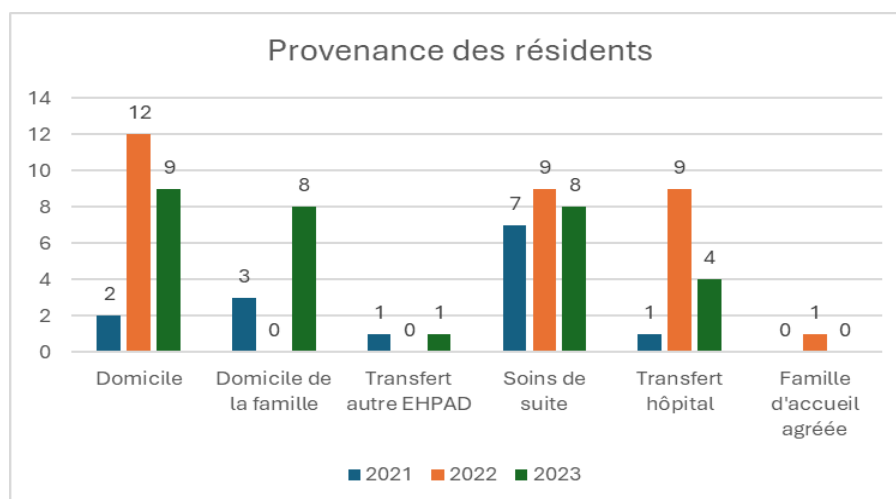
	2021	2022	2023
GMP	812	812	863
PMP	224	224	252

L'évolution du GMP et du PMP validés en juin 2022 s'applique en 2023 et avait déjà révélé l'augmentation du niveau de dépendance des résidents et de la charge en soins requis.

Depuis le 1^{er} juin 2022, le GMP est fixé à 863 et le PMP à 252 (sur un effectif total de 74 résidents).

L'évolution du nombre de personnes venant de leur domicile ou de celui de la famille est en nette augmentation du fait de l'action de l'E2A tandis que les transferts depuis les centres de soins de suite (SSR) et du Centre hospitalier sont stables.

Pendant la durée de ce projet d'établissement, une nouvelle coupe Pathos et GIR sera réalisée.



MISSIONS ET VALEURS

Notre mission intègre les recommandations formulées dans les grands axes du schéma régional de l'organisation médico-sociale, du Projet régional de santé et se fixe notamment comme missions :

- Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage,
- Mieux articuler le secteur sanitaire avec le secteur médico-social,
- Inscrire les personnes âgées dans des logiques de parcours de vie sur les territoires,
- Impulser une politique visant à promouvoir la qualité de la prise en charge au sein des ESMS,
- Favoriser la bientraitance et lutter contre la maltraitance,
- Lutter contre les infections associées aux soins et les risques infectieux.

Notre mission est principalement de préserver la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution en les considérant d'abord comme des êtres à part entière, pour leur permettre de conserver leur autonomie, leur personnalité, leur dignité, leur histoire, leurs liens sociaux, donc, de vivre.

Plus spécifiquement, l'accompagnement aux soins intègre également les missions suivantes :

- Maintenir un bon état de santé pour conserver un maximum d'autonomie et les capacités restantes,
- Continuer à vivre, avoir des relations sociales,
- Traiter et surveiller les pathologies en cours,
- Prévenir les pathologies liées à l'institutionnel,
- Dépister et prévenir les signes de fragilité du grand âge.

Le concept de personne

La personne âgée est une personne, quels que soient ses handicaps, avant d'être une « personne âgée ».

Une personne est un être indivisible, unique, avec une histoire qui se poursuit et des projets singuliers. Cette globalité de la personne est faite de l'entrecroisement des multiples dimensions d'une vie, celle de son passé certes, mais aussi de son présent ; jusqu'à sa mort. Nous ne pouvons prendre connaissance avec discrétion de son histoire de vie que si elle nous y autorise.

Nos valeurs

Elles sont basées sur la mise en œuvre concrète et pragmatique de la bientraitance au quotidien et également étayées par la « Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance » qui rappelle en préambule une définition de la vieillesse :

« La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement. Les personnes âgées, pour la plupart, restent autonomes et lucides jusqu'au terme de leur vie. Au cours de la vieillesse, les incapacités surviennent à une période de plus en plus tardive. Elles sont liées à des maladies ou des accidents, qui altèrent les fonctions physiques et/ou mentales. Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens. Leur place dans la cité, au contact des autres générations et dans le respect des différences, doit être reconnue et préservée. »

GOVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT (PM1)

PROCESSUS MANAGEMENT	
PM1	Gouvernance de l'établissement
Pilote	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à assurer une gouvernance équilibrée et fonctionnelle de l'établissement, et notamment disposer d'une stratégie, d'une politique claire et identifiée, d'une organisation administrative adaptée au besoin et d'instances consultatives et décisionnaires conformes. Ce processus vise également à promouvoir et organiser une politique de management de la qualité et des risques, mais également de développement durable proposant des outils efficaces. Enfin, il vise à permettre une veille légale et réglementaire efficace et régulière permettant d'adapter la stratégie au regard des évolutions du secteur ou contraintes nouvelles.
PM1-SP01	Stratégie et politique de l'établissement
PM1-SP02	Organisation administrative et instances
PM1-SP03	Management de la qualité et des risques

Stratégie et politique de l'établissement (PM1-SP01)

Définition de la politique et de la stratégie générale

La gouvernance de l'établissement se base sur une politique générale et des objectifs présentés dans ce projet d'établissement. La politique générale est définie par le Directeur de l'établissement et approuvée par le Conseil d'administration.

La politique de l'établissement s'inscrit dans le respect des lois, règlements et orientations régionales et locales de l'Agence régionale de santé et du Conseil départemental des Pyrénées orientales, et plus spécifiquement son futur CPOM qu'il convient de négocier, de suivre (bilan annuel) et d'actualiser si nécessaire (réévaluation du GMP- PMP et objectifs).

Dans le cadre de cette politique institutionnelle, le Directeur est chargé d'élaborer la stratégie de l'établissement visant à mettre en œuvre les objectifs du projet d'établissement et réaliser les actions prévues. Il assure également l'actualisation des priorités et leur adaptation aux besoins des résidents, du personnel et au bon fonctionnement du service public. Il est le garant de la continuité du service et de la qualité des soins et des prises en charge.

Dans le cadre de ce projet d'établissement, la stratégie globale, intégrée au futur CPOM prévoit notamment la demande de reconnaissance de l'unité protégée comme Unité d'hébergement renforcée (UHR) et une augmentation capacitaire de son accueil de jour de 6 à 10 places. Il est également demandé la reconnaissance et le financement de postes de soignants, absolument nécessaire pour la prise en charge de résidents de plus en plus dépendants.

L'établissement est passé au tarif global sans Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) en 2022 afin de pouvoir salarier ou rémunérer directement certains intervenants médicaux et paramédicaux et ainsi renforcer la coordination des soins.

Dans le cadre des réflexions territoriales en cours et du départ à la retraite du directeur des EHPADs de Salses Le Château et de Peyrestortes, il est envisagé la mise en place en 2025 d'une direction commune entre les trois établissements.

Forts de leur proximité géographique et des liens anciens organisés entre les trois établissements, le regroupement est aujourd'hui une nécessité afin de pouvoir faire monter en compétence les équipes, engager des optimisations à tous les niveaux et renforcer la sécurité et la qualité des prises en charge.

Les conseils d'administration des trois établissements seront amenés à se prononcer en 2025.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PM1-SP01	Stratégie et politique de l'établissement	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	S'assurer la mise en œuvre effective du projet d'établissement	
Action	Faire un bilan annuel de l'avancée du projet d'établissement dans le rapport d'activité	2028
Objectif	Signer et mettre en œuvre le CPOM	
Action	Signer le CPOM	2025
Action	Réévaluer et faire valider le GMP et PMP	2028
Action	Réaliser les bilans intermédiaires des objectifs du CPOM	2028
Objectif	Développer les activités dans une logique de parcours	
Action	Mettre en place le PASA	2025
Action	Labelliser l'unité protégée en UHR	2028
Action	Augmenter la capacité de l'accueil de jour de 6 à 10 places	2028
Objectif	Mettre en place une direction commune	
Action	Signer la convention de direction commune	2025

Organisation administrative et instances (PM1-SP02)

Fonctionnement courant

L'établissement dispose d'un organigramme général définissant les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'ensemble du personnel pour l'EHPAD. Un organigramme a également été défini pour le service spécifique du CRT. Ceux-ci sont présentés en annexe 5.

Le Directeur est l'autorité de nomination de l'établissement. Le suivi administratif est assuré par trois adjointes : une attachée d'administration seconde le Directeur dans ses fonctions et assure la gestion des ressources humaines, de la formation, la gestion de la paye, elle assure également un suivi des dépenses et la préparation du budget (l'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses). Deux adjointes administratives assurent la gestion de la facturation, des résidents, le suivi de certains dossiers et

instances, la gestion administrative du CRT et les tâches de secrétariat. Ces adjointes seront également amenées à intervenir à différents niveaux au sein de la future direction commune.

En ce qui concerne l'encadrement soignant, il est composé d'un médecin coordonnateur et d'une cadre de santé ou IDEC, qui assurent la conduite des équipes IDE, AS et ASH et la coordination des soins. L'encadrement est appuyé par une équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, psychologue, diététicien, animatrice, etc.). Des services généraux assurent la prestation de restauration sur site ainsi que le suivi et la maintenance des bâtiments et installations.

Instances

Conseil d'administration :

Le Conseil d'administration est l'organe décisionnaire de l'établissement. Il définit la Politique Générale de l'établissement, vote le Budget (Etat prévisionnel des recettes et des dépenses – EPRD) et décide des investissements et coopérations. Cette instance se réunit au moins trois fois par an et autant que nécessaire.

Etablissement public communal, l'établissement est présidé par le Maire de la commune de Pia.

Il est composé de 12 membres répartis selon le Code de l'action sociale et des familles :

- Les représentants des collectivités territoriales ;
- Les représentants du personnel ;
- Les personnalités qualifiées et les représentants des usagers.

Conseil de la vie sociale (CVS) :

Le conseil de vie sociale est une instance élue par les résidents et les familles de l'établissement. Composé de représentants des résidents, des familles et du personnel, le CVS donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie, projet d'établissement... Son rôle est consultatif.

Le conseil de la vie sociale a été créé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale afin de renforcer les droits des résidents hébergés dans des établissements médico-sociaux. Les missions et attributions du CVS ont été renforcées par le décret du 25 avril 2022. Le conseil de la vie sociale favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure.

Les personnes suivantes y siègent :

- Des représentants des résidents élus,
- Des représentants des familles élus,
- Des représentants du personnel élus,
- Un représentant du Conseil d'administration,
- Les représentants des autorités de tarification et de contrôle,
- Des représentants des bénévoles et mandataires.

Les représentants des résidents et des familles sont élus pour une durée de trois ans maximums par tous les résidents et leurs familles dans le cadre d'élections organisées par l'établissement. Les représentants des résidents et des familles élus au conseil de la vie sociale interviennent bénévolement.

Le président est élu par le CVS et doit obligatoirement être un résident ou un représentant des familles. Le directeur de l'établissement ou son représentant participe aux réunions avec voix consultative.

Le conseil de la vie sociale peut inviter qui il souhaite à participer à une de ses réunions, à titre consultatif, en fonction de l'ordre du jour. Il se réunit au moins 3 fois par an.

Le Conseil de la Vie Sociale est obligatoirement consulté sur :

- L'élaboration ou la modification du règlement de fonctionnement
- L'élaboration ou à la révision du projet d'établissement 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
- Les résultats des enquêtes de satisfaction annuelles.

Le conseil de la vie sociale peut donner son avis et fait des propositions sur :

- Les projets de travaux,
- L'affectation des locaux collectifs,
- L'entretien des locaux,
- La mise en place de nouveaux services,
- Les modifications de la prise en charge ayant un impact sur les résidents,
- Le programme des animations,
- L'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- La fermeture totale ou partielle de l'établissement,
- Les relogements en cas de travaux ou de fermeture,
- Les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants.

Les représentants des résidents et des familles élus au conseil de la vie sociale sont les interlocuteurs privilégiés des résidents et familles qui n'y siègent pas. Ils apportent des informations et des conseils aux résidents et à leurs familles. Avant la tenue d'un conseil, ils peuvent passer les voir et recueillir leurs remarques pour en faire part lors de la réunion. Les comptes rendus sont publics et sont transmis aux familles et aux résidents.

Le Président du CVS rédige un rapport annuel présenté en avril lors des différentes instances.

Comité social d'établissement (CSE)

Présidé par le Directeur, il est composé de représentants syndicaux élus pour 4 ans.

Il est notamment consulté pour avis ou informé sur les conditions et l'organisation générales du travail dans l'établissement, le budget et les comptes financiers, la politique de formation, le règlement intérieur et le présent projet d'établissement.

Ces attributions portent également sur la sécurité des personnels et l'hygiène des locaux. Il dispose également d'un droit d'alerte et de retrait en réponse aux situations dangereuses.

Il assure le suivi des différents avis rendus.

Il se réunit 4 fois par an et en session extraordinaire si nécessaire.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PM1-SP02	Organisation administrative et instances	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Elargir les compétences de l'équipe d'encadrement	
Action	Actualiser la délégation de signature et travailler à la polyvalence de l'équipe d'encadrement	2024
Objectif	Engager les optimisations administratives dans le cadre de la direction commune	
Action	Mettre en place un système d'astreinte et de garde commun	2025
Action	Identifier les leviers d'efficience et perspectives de mutualisation	2025

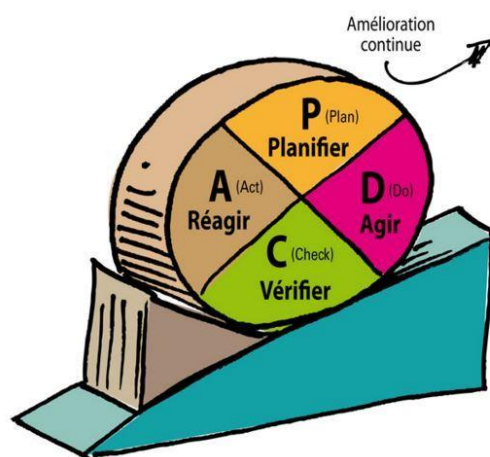
Management de la qualité et des risques (PM1-SP03)

Une démarche participative

La démarche qualité constitue un droit pour les usagers et un devoir pour les professionnels. La politique qualité est avant tout une démarche participative. L'amélioration continue de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour d'objectifs qualité dont le bénéficiaire central est le résident. Cette démarche suppose un engagement fort de la Direction de l'établissement, réitéré en décembre 2018 et 2023 dans une note de service à l'ensemble du personnel.

Concrètement, il s'agit de la recherche d'une meilleure qualité en s'engageant dans une démarche concrète d'amélioration des processus (enchaînement d'actions, d'activités) et des pratiques. Les professionnels de terrain, par leur expérience, sont à même d'enrichir cette démarche ; leurs suggestions peuvent être à l'origine de projets d'amélioration. Cette démarche participative s'étend aux prestataires externes et aux résidents et leurs familles, selon les thématiques abordées et leur disponibilité.

La démarche est fondée sur la méthode du PDCA, à savoir le fait de Planifier (« Plan », c'est à dire définir la stratégie et les actions à mener), Agir (« Do », c'est-à-dire réaliser les actions prévues), Vérifier (« check », c'est-à-dire évaluer nos actions et s'assurer de l'efficacité des mesures prises) et Réagir (« act », c'est-à-dire ajuster nos actions et notre stratégie au regard des résultats et évolutions de la situation).



La démarche Qualité est structurée via un Comité de pilotage Qualité et Gestion des risques, le positionnement d'une Coordonnatrice Qualité et l'identification de pilotes de processus.

Le comité de pilotage (COPIL)

Le COPIL Qualité Gestion des Risques a une mission politique, stratégique et opérationnelle :

- Définir et piloter la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la politique de gestion des risques de l'établissement,
- Organiser et assurer le suivi de la démarche d'évaluation de la qualité,
- Assurer le suivi global et l'alimentation du Plan d'actions d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en lien avec les pilotes et référents,
- Piloter l'écriture du Projet d'établissement et son actualisation régulière,
- Organiser la politique d'évaluation et d'audit interne,
- Assurer le suivi global des événements indésirables, plaintes et réclamations
- Organiser la définition et le suivi global des indicateurs de l'établissement.

Ce comité a un rôle décisionnel et est multidisciplinaire. Il est composé des professionnels suivants :

- Directeur
- Attachée d'administration / Adjointes administratives
- Coordinatrice qualité et gestion des risques
- Médecin coordonnateur
- Cadre de santé
- Animatrice
- Psychologue
- Infirmier, aide-soignant, ASH de chaque unité
- Agent technique
- Chef de cuisine

A cette composition s'ajoute les pilotes et référents thématiques nécessaires à la réalisation de ses missions.

La coordinatrice qualité et gestion des risques

Son rôle, commun aux trois établissements de la future direction commune sera notamment :

- D'assurer la coordination, l'animation, la gestion de la démarche en lien avec le Directeur, d'assurer le suivi de l'action des pilotes de processus et référents thématiques,
- D'assurer la gestion de la gestion documentaire et la coordination de l'actualisation des procédures et protocoles,
- D'apporter un soutien méthodologique : accompagnement des groupes de travail et formations,
- De préparer les travaux du comité de pilotage (suivi des événements indésirables, plaintes et réclamations) en lien avec les responsables de service et le Directeur,
- D'organiser la communication ascendante, descendante et transversale,
- Assurer le suivi des plans de gestion de crise et l'animation de la démarche de gestion des risques.

Les pilotes de processus

Dans le cadre de la démarche d'analyse par processus, l'établissement a établi une cartographie des processus de l'établissement. Des sous processus sont aussi identifiés. Afin d'assurer le suivi des analyses et l'évaluation des risques liés à chaque processus, l'établissement a désigné des pilotes et co-pilotes qui seront chargés de suivre l'avancée des actions et de piloter leur thématique.

Ces pilotes sont issus du COPIL et des différents services le cas échéants. Ils agissent sous la coordination du COPIL, de la coordonnatrice Qualité et du Directeur.

Le suivi de la démarche qualité

Il se concrétise par l'identification des objectifs d'amélioration et la mise en place d'une planification des projets d'amélioration au sein du COPIL Qualité et Gestion des risques. Cette planification précise les actions à conduire pour atteindre les objectifs fixés.

Le plan d'actions prévoit :

- Les acteurs et/ou les processus concernés,
- Le pilote ou co-pilote de chaque action,
- L'échéancier et la date prévisionnelle de réalisation de l'action.

Dans le cadre du nouveau plan d'actions lié à ce projet d'établissement, le COPIL Qualité définira dans ces prochaines séances, les indicateurs appropriés au suivi du PACQ.

La gestion documentaire informatisée

La mise en place d'une gestion documentaire rigoureuse est nécessaire lors de toute mise en place d'une démarche qualité.

En effet dans le cadre de la démarche qualité une multitude de documents sont utilisés, créés (procédures et protocoles par exemples) et chacun d'eux vise un ou des publics précis, les professionnels ou les usagers. Ces documents doivent pouvoir être consultables, classés et actualisés.

L'établissement a fait le choix d'une gestion documentaire informatisée sur le logiciel de soins afin de simplifier l'accès aux documents pour les soignants et de s'engager à supprimer les classeurs papiers. Une procédure des procédures est écrite et définit un modèle unique de procédure et de protocole. Elle clarifie les règles de référencement de l'ensemble des documents.

La mesure de la qualité

La mesure de la qualité est nécessaire : elle permet de contrôler le degré d'atteinte des objectifs et de rendre lisible pour tous les progrès institutionnels.

Différentes mesures existent :

- Les indicateurs qui permettent de mesurer un résultat (nombre de chutes par exemple)
- Le repérage des défauts et dysfonctionnements (transmissions intendants, événements indésirables)
- Le respect du processus (conformité)
- La capacité des processus à répondre aux attentes (cohérence)
- Le développement de la démarche qualité
- La satisfaction des résidents et des professionnels
- L'évaluation des pratiques professionnelles
- L'évaluation de la sécurité des résidents, des prestations, des professionnels.
- Les résultats des enquêtes menées auprès du personnel, des résidents et des familles

Dans le cadre de la démarche structurée par processus, les indicateurs devront être redéfinis et fiabilisés afin d'assurer un suivi coordonné et efficient (notamment en lien avec les indicateurs du CPOM et déjà suivis par l'ANAP et en lien avec les critères du référentiel de la HAS).

L'évaluation

Cette démarche d'évaluation est obligatoire et règlementée, elle reste participative et dynamique.

Selon l'article 312-8 du CASF : « Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. Les résultats de cette évaluation sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ainsi qu'à la Haute Autorité de santé. ».

La démarche d'évaluation se base sur le référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux établi par la HAS en 2022.

L'évaluation se décompose en plusieurs temps :

- Une auto-évaluation régulière : elle est réalisée par l'établissement sur la base du référentiel HAS et permet de faire un état des lieux régulier du positionnement de l'établissement vis-à-vis des différents critères.
- L'évaluation externe : elle est réalisée par un cabinet externe, habilité par la Haute Autorité de Santé - HAS). La référence est le référentiel de la HAS. Elle doit avoir lieu tous les 5 ans.

Pour répondre à ces exigences, l'établissement réalisera sa première évaluation externe selon le nouveau référentiel le 7 et 8 novembre 2024. Le résultat de cette évaluation viendra enrichir le Plan d'actions qualité de la structure issue de ce projet d'établissement.

Le management des risques

L'établissement a défini sa cartographie des risques. Un système de signalement des événements indésirables est en place via le logiciel de soins. Le signalement est ouvert à l'ensemble des professionnels et est vivement encouragé via une charte d'encouragement signée par l'ensemble des professionnels et des outils de communication.

L'Événement Indésirable (EI) est « tout évènement au sein de la résidence qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages pour le résident, le professionnel, le visiteur ou les biens. »

Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les événements sentinelles, les précurseurs, les accidents, les événements graves liés aux soins, etc. Ils sont classés selon leur gravité et criticité selon une échelle de cotation issue des recommandations.

Les principaux événements à signaler concernent :

- Les situations de maltraitements, de négligences ou de violences
- Les événements indésirables graves liés aux soins en général
- Les situations liées au comportement (agression, fugue, tentative de suicide,)
- Les accidents du travail (Item document unique par unité de travail)
- La sécurité des biens et des personnes (inondation, vol, intrusion, début d'incendie,)
- La défaillance du matériel/technique (notamment en cas de récurrence de transmissions intendances ou non résolues)
- L'hygiène alimentaire (restauration/PMS)
- Les traitements/médicaments (erreur de produit, erreur de dosage, erreur d'identité, erreur de voie d'administration).
- Les chutes et la déclaration de chute.

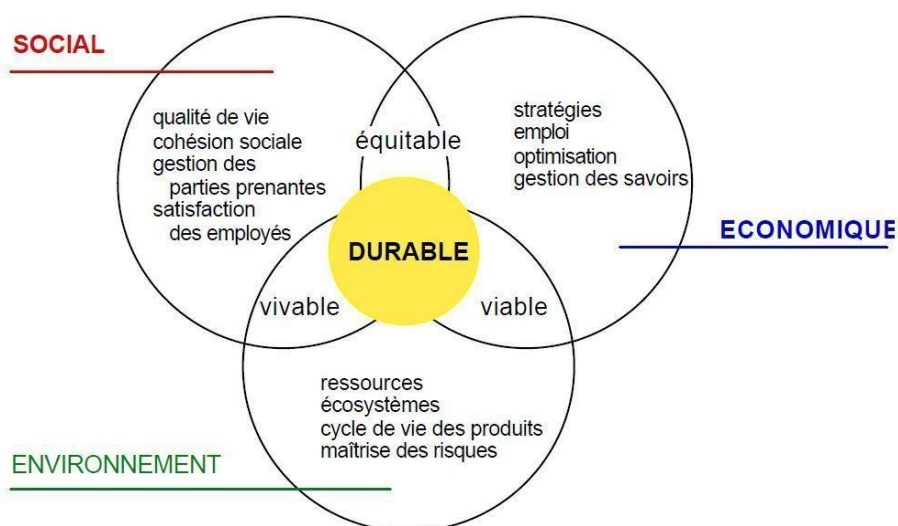
Une procédure de signalement des événements indésirables a également été rédigée permettant de préciser les signalements à opérer. Les événements indésirables comme les plaintes et réclamations font également l'objet d'un recueil sur le logiciel de soins.

Le COPIL Qualité analyse les signalements, y apporte une réponse et un bilan est présenté en CVS chaque année.

Dans le cadre de ses obligations, le Directeur assure sans délai le signalement des événements indésirables graves à l'Agence régionale de santé et au Conseil départemental.

La stratégie de développement durable

La HAS identifie 3 dimensions dans le développement durable :



Les enjeux du développement durable sont de plus en plus intégrés dans la stratégie de développement et de gestion des établissements.

De façon consciente ou non, des actions sont réalisées au quotidien et les établissements s'approprient cette dimension. L'évolution de la réglementation et les accords signés en ce sens, en font une priorité forte de la stratégie des établissements.

Il appartient à notre établissement de mesurer le chemin parcouru, confirmer son engagement dans une démarche sociale, sociétale et environnementale et d'afficher une politique comme un axe transversal dans le projet d'établissement.

A ce jour, force est de constater un intérêt et une volonté de travailler ce sujet, qui émanent de l'ensemble du personnel, porteurs d'actions ou de gestes, ni formalisés, ou communiqués institutionnellement.

Le développement durable est devenu une composante essentielle de la stratégie des établissements et en ce sens doit trouver sa place dans un volet managérial affirmé.

L'établissement est engagé dans une démarche de développement durable au quotidien. Un diagnostic a été réalisé en avril 2023 qui doit permettre de mieux structurer la démarche et engager des actions sur la durée de ce projet d'établissement.

Quatre volets principaux seront à déployer :

Le volet environnemental :

La protection de l'environnement passe par une limitation des pollutions, nuisances et risques, une consommation raisonnable des matières premières en fonction de leur taux de renouvellement ainsi que le maintien de la biodiversité, de la santé publique, de la qualité de l'eau de l'air et du sol.

Même si des contraintes de fonctionnement peuvent freiner l'intégration d'une logique environnementale, les axes de travail dominants restent :

- La maîtrise et l'optimisation des consommations d'eau et d'énergie,
- La promotion des bonnes pratiques et de gestes écocitoyens,
- La poursuite de la politique globale de tri et de valorisation des déchets de façon à les limiter, favoriser leur recyclage ou d'éviter tout risque de contaminations de l'environnement.
- La gestion des sites de stockages, qui permet de répondre en temps réduits aux différentes demandes et limitent des commandes redondantes.
- La limitation des apports polluants, des bruits et odeurs,

Des limitations de consommations, pour ce qui concerne les fluides ou de production pour les déchets et autres nuisances sont toujours réalisables en agissant sur les leviers technologiques et organisationnels.

A ce périmètre, il convient d'accorder une importance particulière au numérique qui détient de nombreux leviers d'action pour améliorer le bilan carbone (signature électronique, stockage numérique, messagerie numérique...), et limiter l'achat de consommables onéreux et la production de déchets. Toutes ces actions s'inscrivent dans une charte des pratiques qui permettra de limiter les risques qui y sont liés.

Le volet économique :

Il doit permettre de répondre aux besoins de base : hébergement, nourriture, la santé, l'éducation de la santé, mais aussi l'emploi. L'efficacité économique vise à limiter voire à prévenir les coûts à long terme. Il doit être pensé sur le long terme, et contrôlé pour pérenniser les activités de l'établissement. Plus

globalement pour les achats, l'établissement s'engage, aux côtés du Groupement des EHPAD du Roussillon (GER) à :

- Être acteur de l'évolution des pratiques des fournisseurs : critères stricts concernant les emballages, les matières utilisées, l'origine des produits, le conditionnement,
- Intégrer des grilles de critères d'éco responsabilité et d'éco-conception dans les achats,
- Intégrer des clauses sociales et environnementales.

Il doit également à son propre titre privilégier l'achat durable, développer des politiques de lutte contre les gaspillages divers et promouvoir l'économie circulaire : promotion qui passe par l'achat et la vente d'occasion, et le don de matériel au secteur associatif.

Le volet social et sociétal :

Le volet social et sociétal renvoie plus largement à la responsabilité sociale de « l'entreprise » et à la contribution de celle-ci au développement durable. Il est articulé sur la notion de gestion, valorisation et de préservation des ressources rares ou non pérennes. C'est dans ce cadre que la ressource humaine doit être préservée et mise en valeur.

Aborder le développement durable par les conditions de travail permet de hisser les questions sociales comme facteur de développement de l'établissement sur le chemin d'une performance globale et durable.

Cette dynamique renvoie à :

- L'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail :
- L'adoption d'une politique sociale attractive pour les salariés,
- Le maintien de l'équité entre les salariés,
- L'assurance d'une mobilité professionnelle de la formation et des compétences des agents.

Aussi, le développement durable amène à reconsidérer nos activités sous un nouvel angle, en intégrant à la qualité des soins la question de l'impact environnemental mais aussi de la QVT.

Certaines actions ayant trait au développement durable concilient l'amélioration des conditions de travail et la performance globale.

Les actions peuvent être larges allant de la recherche de la réduction de l'impact environnemental (réduction de l'émission de gaz à effet de serre, réduction de la production, tri et valorisation des déchets, etc.) à celle de l'amélioration de la QVT (qualité de l'air intérieur, ambiance thermique, bien-être et médiation, gestion des conflits, etc.). Les démarches de développement durable et de QVT en créant cohésion et dynamisme d'équipe sont des opportunités d'amélioration des organisations de soins : amélioration de la qualité des soins (pertinence des actes, limitation d'actes redondants...).

Le volet managérial :

Il consiste à déployer une politique, une gouvernance et des pratiques managériales durables et responsables portées au niveau institutionnel en transmettant des outils concrets relatifs au développement durable.

Cette politique devra intégrer :

- La déclinaison de la politique développement durable dans le présent projet,
- La mise en place d'un système de management du développement durable, et la définition de la contribution attendue de chaque agent,

- Le développement d'une veille réglementaire qui intègre le thème du développement durable

Dans cette déclinaison, il convient d'observer que la richesse d'une politique de développement durable réside dans la mesure donnée à chaque action, ne délaissant ou ne négligeant aucun détail, tout en étant maîtrisé et mesuré.

Toutefois, celle-ci n'est pas formalisée et relève de plusieurs actions transversales qui ne sont pas mises en cohérence à ce jour.

Aussi, le choix a été fait d'inclure la réflexion durable lors de l'analyse de tous les processus de l'établissement, tout en permettant l'étude du sujet en tant que tel lors du COPIL Qualité.

Pour cela, la mobilisation de chacun (direction, encadrement, personnel de l'établissement, familles et résidents, mais aussi partenaires extérieurs) est à rechercher et à concrétiser au maximum. Chacun à son échelle, avec son métier ou sa fonction, a un rôle à jouer dans la mise en œuvre du développement durable.

Chacun aussi peut être force de proposition pour que de nouvelles actions viennent enrichir la stratégie. Cette stratégie est ainsi pensée comme un outil dynamique destiné à évoluer dans son contenu et dans sa déclinaison concrète au travers de nouvelles actions proposées au fil du temps et en fonction de notre actualité.

La stratégie de gestion des crises

L'établissement dispose d'un Plan bleu écrit et actualisé conformément à l'article D 312-160 du Code de l'action sociale et des familles.

La mise à jour annuelle a lieu au plus tard la dernière semaine du mois d'avril de l'année N en lien avec les évolutions réglementaires, ou à chaque transformation ou modification de l'établissement.

Ce plan permet notamment de formaliser les modalités de réunion de la cellule de crise et sa composition afin de faire face à tous les risques en lien avec les partenaires et pouvoirs publics du territoire.

Ce Plan Bleu a été réactualisé en intégrant l'ensemble des situations de risque susceptibles d'affecter l'établissement notamment les risques d'inondation, les risques terroristes, les risques électriques (DARDE), les risques infectieux, la formalisation d'un Plan de continuité d'activité (PCA) et un Plan de retour à l'activité (PRA).

Différents protocoles annexés au Plan Bleu prévoient les conduites à tenir dans chaque situation. Certains restent à finaliser pendant la durée de ce projet.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PM1-SP03	Management de la qualité et des risques	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	S'approprier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles	
Action	Remettre en place l'étude des RBPP par les professionnels	2025
Action	Mettre en place une veille sur les sujets médicaux-soignants	2028
Objectif	Renforcer la structuration de la démarche Qualité et Gestion des risques	
Action	Formaliser et organiser le suivi régulier du PACQ	2024
Objectif	Déployer un système de mesure et de pilotage de la qualité et de la gestion des risques efficient	
Action	Lister et suivre les indicateurs pour chaque processus	2026
Objectif	Renforcer le signalement et la prise en compte des évènements indésirables	
Action	Sensibiliser les nouveaux arrivants au signalement des évènements indésirables	2025
Objectif	Décliner les orientations développement durable dans l'ensemble des processus	
Action	Faire un bilan annuel de l'avancée des actions liées au développement durable	2028
Action	Réaliser le plan d'actions issu du diagnostic développement durable	2028
Action	Intégrer la réflexion durable dans l'ensemble des analyses de processus	2028
Objectif	Actualiser la stratégie de gestion des crises	
Action	Finaliser la rédaction des protocoles de gestion de crise prévus au Plan bleu	2026
Action	Réaliser un exercice annuel de gestion de crise	2028

DROITS ET PARTICIPATION DES USAGERS (PM2)

PROCESSUS MANAGEMENT	
PM2	Droits et participation des usagers
Pilote	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à garantir le respect des droits et libertés des résidents tout au long de leur séjour au sein de la résidence. Il vise également à mettre en œuvre une démarche de réflexion éthique structurée et à s'assurer du déploiement de la politique de bientraitance dans l'ensemble des processus. Enfin, il doit permettre de définir et garantir l'expression, la participation et la prise en compte des demandes des familles et des résidents afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des prestations,
PM2-SP01	Droits et libertés
PM2-SP02	Ethique et bientraitance
PM2-SP03	Participation des résidents et des familles

Droits et libertés (PM2-SP01)

L'information et le recueil du consentement

L'information et le recueil du consentement du résident est un des meilleurs moyens de lutter contre l'exclusion et de favoriser l'adaptation de la personne âgée à son nouveau lieu de vie.

Dès la pré-admission et les premiers contacts avec les résidents et les familles, les professionnels recherchent le consentement de la personne. Ce consentement est formalisé lors de l'admission via la signature du contrat de séjour et d'un formulaire spécifique en ce qui concerne l'entrée dans l'établissement. Les autres consentements en général sont recueillis via des formulaires lors de l'admission (droit à l'image, etc) ou via une mention sur le logiciel de soins pour les consentements recueillis par le médecin coordonnateur ou la cadre de santé (vaccination, hospitalisation, etc).

Au-delà, les résidents doivent être informés des soins et des actions les concernant. Le consentement de la personne sera recherché à tous les moments même dans les actes du quotidien (repas, toilette...).

Le respect de la liberté individuelle et collective

Il s'agit de la liberté de la personne d'exercer ses choix dans la vie quotidienne, de déterminer son mode de vie et de pouvoir choisir un lieu de vie adapté à ses attentes et à ses besoins.

La personne âgée doit pouvoir exprimer librement ses souhaits, ses volontés, à défaut l'avis de la personne de confiance ou de la famille sera recherché.

Cela se traduit concrètement par une adaptation de l'organisation et du bâtiment aux besoins et souhaits de la personne. L'architecture et les dispositifs de la résidence le ruban d'argent sont principalement conçus pour respecter la personne dans sa vie privée.

- L'espace commun est organisé afin de favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements.
- Il est accueillant et garantit la sécurité des résidents.
- La chambre est un espace privatif et individualisé : c'est le domicile de la personne âgée y résidant. La chambre est donc un cadre privé de la vie quotidienne, un territoire d'identité. La présence d'objets personnels est vivement encouragée (fauteuil, décoration...) pour personnaliser ce nouveau lieu de vie.

Toutefois afin de préserver l'autonomie, les professionnels de l'EHPAD sont attentifs à ce que l'espace de circulation de la chambre ne soit pas trop encombré pour éviter les chutes et garantir la sécurité des résidents. Le règlement de fonctionnement définit les règles à observer en ce sens.

Chaque résident peut disposer librement de la clé de son espace.

La liberté d'aller et de venir

L'établissement favorise la liberté d'aller et de venir des résidents. Il assure un compromis entre le maintien de la sécurité et la liberté de déplacement et de mobilité.

L'adaptation des prises en charge nécessite en effet certains aménagements, dans le cadre d'une unité de vie protégée de 14 lits et la sécurisation de l'enceinte extérieure et des bâtiments, et la mise en place des contentions (évoquée dans le cadre du processus relatif aux projets personnalisés).

Différents protocoles encadrent les différents aspects de cette conciliation entre liberté et sécurité.

L'unité de vie protégée

L'unité de vie protégée dispose d'un accès sécurisé par digicode en raison du profil des résidents accueillis, malades d'Alzheimer et apparentés, présentant un risque de fugue et de déambulation. La prise en charge est adaptée aux troubles du comportement et les sorties encouragées (familles, animations, etc.).

Les critères d'entrées et de sortie ont été définis par l'équipe pluridisciplinaire et au regard de l'état de santé et cognitif des résidents accueillis. Ils sont précisés dans le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et dans un protocole qui permet de réévaluer la pertinence du maintien dans cette unité et de fluidifier les transferts vers l'unité classique et inversement.

L'enceinte de l'EHPAD

L'enceinte de l'EHPAD est sécurisée pour les personnes présentant des troubles cognitifs. Ainsi, pour ces dernières, il persiste une liberté d'aller et venir dans le parc de l'EHPAD. Les sorties principales sont sécurisées par digicode, et un système d'alarme permet d'alerter les soignants des sorties via les issues de secours.

Un système de bracelet anti-fugue est mobilisable (entrée principale) et fait l'objet d'une décision pluridisciplinaire et d'une prescription médicale systématique (un protocole dédié doit être formalisé pour le port de ce dispositif qui est toutefois mentionné dans le protocole relatif à la liberté d'aller et venir des résidents).

Les résidents autonomes peuvent aller et venir à l'extérieur, ils connaissent le code d'ouverture des portes coulissantes et du portillon d'entrée. Il leur est seulement demandé d'informer l'infirmière de leurs absences.

La promotion et le maintien de l'autonomie

L'autonomie de la personne est favorisée par les actions du quotidien :

- Maintenir la verticalisation et favoriser la marche,
- Mise en place d'une signalétique adaptée au sein des couloirs et des chambres (image choisie par les résidents),
- Utilisation de matériel ergonomique pour maintenir les gestes du résident,
- Prévention de l'incontinence : mises aux WC régulières, adaptation des protections aux besoins de la personne.

L'important est de ne pas faire à la place du résident et de favoriser les gestes de la vie quotidienne (toilettes, habillage, repas...).

Le maintien et la valorisation des relations sociales

Il s'agit de la liberté de communiquer, de se déplacer, de participer à la vie en société, mais aussi de maintenir les relations familiales les réseaux amicaux et sociaux

La liberté de communiquer

Chacun, s'il le désire et en est capable, possède sa propre ligne téléphonique et en assume directement les charges financières.

Le réseau téléphonique interne permet d'appeler, par numérotation abrégée, à tout moment, les responsables de l'établissement. Le WIFI est déployé avec un accès réservé aux résidents. Ceux-ci peuvent ainsi utiliser librement leur tablette ou leur ordinateur ou tout autre objet connecté de leur choix.

La correspondance

Le courrier est distribué et transmis quotidiennement aux résidents ou régulièrement aux familles. Ceux-ci peuvent choisir à l'admission le mode de distribution du courrier.

Le maintien des relations familiales ou sociales et des activités

Dans l'établissement, les visites des familles et des proches sont libres pour favoriser le maintien des liens familiaux. Les visites sont toutefois conseillées en dehors des soins.

La fête des familles organisée tous les ans crée ou soude le lien entre résidents, familles et professionnels. Il en est de même avec la fête de Noël.

Les familles sont conviées à l'élaboration et la discussion du projet personnalisé de leur proche si celui-ci le souhaite et participent aux commissions et instances représentatives de l'établissement (CVS notamment).

La préservation de la dignité humaine

Il s'agit de la liberté d'expression, de conscience ou encore de l'exercice des droits et de la protection juridique de la personne. L'établissement tend par exemple à faire respecter la volonté du résident dans les actes de la vie quotidienne : repas, toilette.

Lorsque la question se pose au quotidien par rapport à la confrontation entre la volonté de la personne et sa santé (refus de toilette par exemple) l'avis de l'infirmière est demandé. Les équipes tendent à accompagner, inciter la personne. Ce point est revu en équipe lors des transmissions, en réunion pluridisciplinaire et cette question est abordée lors de l'élaboration du projet personnalisé.

La qualité de vie

La qualité de vie est définie 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 lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (OMS, 1993).

Ce concept renvoie à de multiples dimensions, tant objectives que subjectives :

- L'état de santé physique de la personne, ses habilités fonctionnelles ;
- Ses sensations somatiques ;
- Son état de santé psychologique ;
- Son statut social, son environnement relationnel.

La qualité de vie ainsi que le bien-être physique et moral des résidents constituent l'objectif constant de l'établissement.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PM2 - SP01	Droits et libertés	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Renforcer l'information sur les droits et libertés	
Action	Formaliser (format, police plus grande) la charte des droits et libertés de la personne âgées dépendante sous le format FALCQ	2025
Action	Rédiger une procédure d'accès au dossier du résident	2025
Objectif	Limiter les restrictions à la liberté d'aller et de venir	
Action	Formaliser une procédure dédiée pour le port du bracelet anti-fugue	2025
Objectif	Renforcer le recueil des consentements de la personne accueillie	
Action	Formaliser le recueil des consentements tout au long du séjour	2025

Ethique et bientraitance (PM2-SP02)

Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance

La promotion de la bientraitance et la lutte contre toutes les formes de maltraitance constituent un axe majeur de ce projet d'établissement. La dimension éthique dans les soins est intégrée au bénéfice des usagers.

Les objectifs de l'établissements sont les suivants :

- Déployer la culture de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance,
- Améliorer la prise en charge et l'accompagnement globale des résidents et leur satisfaction en respectant leurs choix,
- Valoriser les pratiques soignantes bientraitantes, améliorer les conditions de travail et la reconnaissance du travail en équipe.

Pour la mise en œuvre d'une politique de bientraitance, l'ANESM a identifié quatre repères :

- Le résident coauteur de son parcours,
- La qualité du lien entre professionnels et résidents,
- L'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes,
- Le soutien aux professionnels dans leurs démarches de bientraitance.

L'équipe respecte le plus possible la volonté du résident au quotidien et veille à respecter son rythme de vie en journée et lors du coucher.

Le résident participe à l'élaboration de son projet personnalisé, exprime ses besoins et ses choix.

La circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et les services médico-sociaux de la compétence de l'ARS précise la politique nationale qui comprend trois axes principaux :

- Améliorer la détection, le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- Renforcer l'efficacité, la fréquence des inspections, des contrôles et de l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux,
- Mettre en place une politique de développement de la bientraitance.

Les principaux axes opérationnels retenus par l'établissement s'articulent autour de :

- L'amélioration du repérage des risques de maltraitance en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles,
- L'inscription des établissements et services médico-sociaux dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant à favoriser la bientraitance. »

Les équipes sont formées régulièrement à la promotion de la bientraitance et au prendre soins notamment via les formations relatives aux troubles du comportement. Leurs préconisations sont étudiées en réunion interservices, en Comité d'éthique et bientraitance et en COPIL Qualité pour favoriser une mise en place rapide des actions et projets.

Une charte de la bientraitance a été rédigée par le Comité et diffusée auprès des professionnels.

L'éthique pour se ressourcer

La réflexion éthique émerge d'un questionnement pouvant venir des professionnels, des personnes accompagnées ou de leur entourage. Au plan institutionnel, il s'agit d'une réflexion collective associant une pluralité de points de vue (usagers, proches, représentants d'usagers, professionnels, personnes ressources...) déclenchée par des situations concrètes singulières où entrent en contradiction des valeurs ou des principes d'intervention.

L'exigence de la structuration de la démarche éthique s'articule autour de trois éléments qui fondent les interventions en soins paramédicaux à savoir :

- La vulnérabilité des personnes accueillies,
- La mise en tension de principes éthiques qui peut surgir dans le cadre de l'exercice du soin
- Le respect des droits et des libertés des personnes accueillies.

Dans le cadre des actions de ce projet d'établissement, un référent « Ethique et bientraitance » est nommé en la personne de la psychologue et est en charge de l'animation du comité d'éthique et de bientraitance.

Ce comité agit en lien avec les séances du Comité d'éthique du Groupement des EHPAD du Roussillon (CEGER) auquel un membre de l'établissement participe. Les comptes rendus du CEGER sont diffusés sur le logiciel de soins.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PM2 - SP02	Ethique et bientraitance	
Co-pilote	Psychologue	
Objectif	Faire vivre la politique de bientraitance	
Action	Réaliser chaque année une autoévaluation sur la bientraitance	2028
Action	Mettre en place la sensibilisation des nouveaux personnels et stagiaires à la bientraitance	2025
Objectif	Faire vivre la réflexion éthique et émerger les questionnements	
Action	Former l'ensemble du personnel à la réflexion éthique	2028

Participation des résidents et des familles (PM2-SP03)

Relations avec les familles et les proches

Le passage en institution peut marquer le franchissement d'une étape où l'aidant familial n'a plus à assurer le quotidien et peut aborder plus sereinement « la vie, les relations », avec son père ou sa mère ou son proche.

Si le côté dynamiseur de la famille est bien compris par le personnel, il faut désormais lui trouver une signification et une place dans les pratiques d'équipe, faute de quoi elle ne pourra pas contribuer à faire vivre le projet.

Un certain nombre d'actions peuvent être menées avec elle, mais il faut chaque fois relativiser en fonction de son désir et de ses possibilités d'investissement en le mettant constamment en rapport avec le souhait du résident.

La famille n'est pas là pour « faire à la place » du personnel, mais pour donner plus de sens au résident sur ce qui est fait, ou être simplement présent à ces côtés pour apporter réassurance et affection. Les familles si elles le souhaitent peuvent être présentes lors des repas, gouters et animations et ainsi participer à la vie quotidienne du résident. Le règlement de fonctionnement n'interdit pas les visites ou la présence pendant les toilettes, mais il incite toutefois à différer la visite afin de ne pas intervenir pendant le déroulement des soins.

Les proches et les familles peuvent participer aux fêtes et évènements, à l'élaboration du calendrier des animations via les commissions trimestrielles, à la décoration de la chambre, ou encore assurer des sorties ou des promenades... Elles sont encouragées à agir avec les équipes en tant que bénévole. Une convention est alors rédigée pour encadrer leur intervention.

Inversement certains proches ou certaines familles développent un sentiment de culpabilité dès l'entrée en établissement. Dès lors la psychologue peut intervenir pour le soutien des familles lors de l'entrée en établissement ou sur leur demande.

L'écoute et recueil de la satisfaction des usagers

L'établissement mesure la satisfaction des usagers c'est-à-dire des résidents et de leurs familles à travers différents dispositifs :

- Enquêtes de satisfactions par questionnaire pour recueillir le niveau de satisfaction (familles) et des résidents (via des ateliers en groupe et l'intervention d'un professionnel auprès des résidents qui souhaitent une assistance pour remplir l'enquête). Le résultat des enquêtes est présenté en COPIL Qualité et en Conseil de la vie sociale. Les actions d'améliorations validées sont intégrées au Plan d'actions.
- Réunion des familles autour d'un moment de convivialité (1 à 2 fois par an),
- Diffusion des comptes rendus des conseils de vie sociale à l'ensemble des familles par courriel et par QR Code via l'affichage dans le hall, le compte rendu sera également lu en animation prochainement pour favoriser l'appropriation de l'instance,
- Une boîte à idée est disponible dans le hall de l'établissement ainsi qu'une boîte aux lettres pour les plaintes et réclamations.
- Un café des familles a lieu tous les trimestres autour d'un goûter afin de permettre l'expression des familles. Il est animé par le psychologue du CRT et un thème est proposé à chaque séance.

Objectifs et actions à réaliser		Echéance
PM2 - SP03	Participation des résidents et des familles	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Renforcer la place des familles au sein de l'établissement	
Action	Identifier, localiser, organiser un espace pour les familles	2026
Action	Former ou sensibiliser les agents sur le sujet de la participation des familles	2026
Action	Mettre en place un café des familles dédié aux familles de l'UVP	2026
Objectif	Renforcer le système de recueil de la satisfaction	
Action	Remettre en place les enquêtes flash (trois mois après l'accueil)	2025
Action	Mettre en place un atelier avec les résidents autour de la préparation des séances du CVS et sur le partage du compte rendu des dernières séances	2025

RESEAUX ET PARTENARIATS (PM3)

PROCESSUS MANAGEMENT	
PM3	Réseaux et partenariats
Pilote	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à assurer l'inscription de l'établissement dans une logique de parcours territorial et d'implication dans la filière gériatrique locale. Cette dynamique implique la participation à diverses coopérations sur le territoire afin d'assurer des complémentarités de prise en charge, fluidifier les parcours et éviter les ruptures. Egalement, l'établissement vise à diversifier ses partenariats associatifs et en constituant un réseau de bénévoles à même de renforcer son action.
PM3-SP01	Contexte territorial
PM3-SP02	Coopérations
PM3-SP03	Bénévolat

Contexte territorial (PM3-SP01)

L'établissement s'inscrit dans l'organisation territoriale des soins du département des Pyrénées orientales. A ce titre, il participe à la filière gériatrique notamment avec le Centre hospitalier de Perpignan situé à quelques kilomètres.

Il agit également de concert avec le Centre hospitalier de Thuir et les établissements hospitaliers privés situés à proximité. Des conventions sont signées avec le CH de Perpignan et le CH de Thuir afin de structurer les filières.

L'établissement s'inscrit également au sein de priorités de l'Agence régionale de santé, à travers le projet régional de santé, ses déclinaisons locales et les projets et événements de prévention en santé publique.

La structuration doit encore être renforcée avec les acteurs de coordinations tels que le Dispositif d'appui à la coordination (DAC66) et le CLIC ou encore en lien avec les associations d'aide à domicile, dans une logique de parcours et de complémentarité des prises en charges. L'apport du Centre de ressources territorial dans cette dynamique sera déterminant.

Objectifs et actions à réaliser		Echéance
PM3 - SP01	Contexte territorial	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Renforcer les liens avec les acteurs locaux	
Action	Engager une coopération forte de la direction commune avec l'EHPAD de St Laurent de la Salanque	2028
Action	Formaliser le partenariat avec le DAC66	2026
Action	Formaliser la coopération avec France Alzheimer et la plateforme de répit des aidants	2025
Action	Formaliser la coopération avec les nouvelles cellules de coordination (ELSAN, CHP)	2025
Action	Mobiliser les "caisses réservoirs" et les fonds de préventions	2028
Objectif	Participer aux actions et événements en lien avec la santé publique	
Action	Participer à des Forums externes et nationaux en lien avec la santé publique	2028
Action	Renforcer la communication et la participation en interne lors des événements de santé publique	2028

Coopérations (PM3-SP02)

Comme indiqué plus haut dans le cadre des filières, l'établissement coopère avec plusieurs établissements et structures locales. Il coopère également avec des prestataires libéraux afin d'améliorer la prise en charge des résidents au sein de l'établissement.

Conventions de filières et de prises en soins

Nous avons notamment conventionné avec :

- Le Centre hospitalier de Perpignan pour la filière gériatrique, l'hygiène, l'équipe mobile de soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile (HAD)
- Le réseau plaies et cicatrisation
- L'équipe mobile de psycho-gériatrie (CH Thuir)
- Le laboratoire de biologie (examens biologiques)
- Une officine de ville (circuit du médicament et délivrance automatisée via un robot)

Autres partenaires

Nous collaborons avec de nombreux professionnels tels que :

- Les intervenants libéraux dont la liberté de choix est laissée au résident ou à la famille : médecins traitants, kinésithérapeutes, podologue et pédicure, orthophoniste...
- Les ambulanciers dont le choix est également laissé au résident,
- Une coiffeuse qui intervient une fois par semaine, même si le choix est aussi laissé au résident,

- Un intervenant de sport adapté,
- La Mairie de Pia
- Les associations de Pia et des environs notamment les Blouses Roses,
- Les écoles de Pia, l'accueil de loisir,
- La micro crèche de Pia,
- Les établissements du territoire de l'Agly (association ESTAGLY),
- Les Autorités de tarification et de contrôles (DSV, etc.).

Le groupement de coopération social et médico-social des EHPAD du Roussillon (GER)

Composé de 14 établissements publics autonomes, la première convention constitutive a été signée en 2018. Le groupement revendique un « caractère public » qui se fonde sur une égalité d'accès aux soins en direction des personnes âgées et vise à offrir une prestation adaptée au meilleur coût quelles que soient les ressources de l'usager.

Le groupement est doté de la personnalité morale de droit public. Ses membres ont pour valeur commune la solidarité, qui se traduit par la perspective de proposer des offres complémentaires, innovantes en termes de techniques d'accompagnement des personnes âgées.

Ce groupement est représentatif des différentes prises en charge et accompagnements proposés à la personne âgée sur le territoire des Pyrénées Orientales. Il propose ainsi un parcours d'accompagnement du domicile (SSIAD, SPASAD) jusqu'en établissement avec des prises en soins adaptées pour des personnes atteintes de pathologies neuro-dégénératives.

L'objectif principal du GSCMS GER est de valoriser l'activité médico-sociale des établissements publics en faveur des personnes âgées :

- En proposant un parcours cohérent et de qualité aux usagers,
- En structurant et harmonisant les pratiques et les savoir-faire des EHPAD, sur l'ensemble des activités déployées dans le cadre du projet d'accompagnement de la personne âgée du domicile à l'EHPAD,
- En proposant des innovations pour l'ensemble des activités déployées,
- En intervenant en complémentarité afin de mieux articuler les réponses sur un territoire donné,
- En étant un partenaire du GHT (Groupement Hospitalier du Territoire) dans le cadre du projet médical partagé et partenaire du PTSM (Projet Territoire en Santé Mentale) en tenant compte des spécificités des EHPAD dans la filière gériatrique,
- En rompant l'isolement institutionnel des directions et des professionnels.

A ce jour, l'EHPAD participe à la mise en place d'un Plan de formation partagé, à la création d'une dynamique de Qualité de vie au travail commune, à la cartographie des achats, à la réponse commune aux appels à candidature de l'ARS, à l'organisation de groupes d'échange entre professionnels des différents établissements, aux différents réseaux professionnels, au Comité d'éthique (CEGER) et à toutes les actions déployées en commun.

L'établissement souhaite donc poursuivre et accroître son implication dans ce groupement, en participant activement aux projets communs notamment dans le cadre de la transformation du GCSMS en Groupement territorial social et médicosocial (GTSMS) prévu par la loi bien Vieillir du 8 avril 2024. Ce dernier devra notamment proposer une action mutualisée entre ses membres.

L'association ESTAGLY

L'établissement fait partie de l'association EST'AGLY, regroupant plusieurs établissements du territoire de l'Agly dans les différents champs du Handicap et des personnes âgées (EHPAD, SSIAD, SAAD, foyers).

Elle vise à créer des synergies et des moments d'échanges communs entre les usagers et les professionnels de ces structures. Sont notamment organisés chaque année des Olympiades et des rencontres communes, en lien avec le GER également.

L'implication dans cette association est importante afin de proposer des rencontres entre les différents publics et afin de décroisonner nos établissements.

Bénévolat (PM3-SP03)

Les bénévoles et intervenants réguliers pour les animations

L'établissement favorise l'implication des familles en tant que bénévole notamment au moment des animations, événements et sorties organisées tout au long de l'année. Au-delà des individualités, l'EHPAD souhaite s'engager vers la participation de nouvelles associations de bénévoles afin de renforcer son action. Ainsi, intervient déjà bénévolement l'association Les Blouses Roses une fois par semaine.

L'intervention bénévole au sein de l'établissement est formalisée par une convention de bénévolat qui permet de fixer le cadre et la durée de l'intervention. Toutefois, l'établissement doit mieux formaliser les interventions, leur coordination et les objectifs de chacune d'entre elles, avec par exemple des bilans annuels et la mise en place d'objectifs précis.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PM3 - SP03	Bénévolat	
Co-pilote	Animatrice	
Objectif	Développer et renforcer le réseaux des bénévoles	
Action	Contacter de nouvelles associations susceptibles d'intervenir	2028
Action	Communiquer aux familles les événements pour lesquels nous aurions besoin de bénévoles (facebook, courriel, etc)	2028
Action	Organiser un événement annuel pour promouvoir le bénévolat	2028

ADMISSION ET ACCUEIL DES RESIDENTS (PR1)

PROCESSUS REALISATION	
PR1	Admission et accueil des résidents
Pilotes	Cadre de santé - Médecin coordonnateur
Finalité du processus	Ce processus a pour objet la définition et la formalisation des modalités d'admission, d'accueil et d'évaluation initiale des résidents, étapes qui sont essentielles et précèdent la définition du projet personnalisé du résident.
PR1-SP01	Pré- admission
PR1-SP02	Admission
PR1-SP03	Accueil et évaluation

Préadmission (PR1-SP01)

Lorsqu'un dossier est déposé, le résident demandeur fait l'objet d'une visite de préadmission, à laquelle assistent si possible :

- Le médecin coordonnateur (informations médicales, traitements, recueil du consentement...)
- La cadre de santé (organisation de la structure et de la prise en charge...)
- La psychologue (prise en charge psychologique et des troubles du comportement).

Cette visite permet au futur résident de découvrir son futur lieu de vie et à l'établissement de s'assurer que la personne âgée consent librement à le rejoindre. Une visite à domicile ou au sein des SSR ou établissements hospitaliers peut également être organisée si besoin.

A la fin de la visite, les intervenants complètent le dossier demandeur dans Netcontact (Histoire de vie, Bilan autonomie) ou dans le recueil prévu dans Netsoins dans l'onglet « Projet perso » si l'admission est proche et que le dossier a été basculé dans Netsoins.

Durant cette phase de préadmission, le service administratif recueille les documents complémentaires nécessaires à l'admission définitive.

Un protocole dédié décrit l'ensemble des étapes et leur formalisation.

L'admission (PR1-SP02)

Toute personne qui envisage son admission au sein de l'établissement peut demander à effectuer une visite préalable et doit renseigner le dossier d'admission selon le modèle CERFA réglementaire. L'outil via trajectoire est privilégié et dispose d'un lien direct avec le logiciel de soins pour la bonne gestion des demandes et de la liste d'attente.

Au vu de l'évaluation personnalisée de l'autonomie de la personne qui sollicite son admission réalisée par le médecin traitant et sur la base de l'évaluation réglementaire (grille AGGIR), le médecin coordonnateur et

le cadre de santé de la résidence donnent leur avis sur l'admission de la personne âgée pour présentation en commission d'admission.

La date d'admission du résident est fixée d'un commun accord ; elle correspond à la date de départ de facturation même si le résident décide d'entrer à une date ultérieure (entrée administrative).

Le Directeur réunit une commission d'admission qui étudie la demande au regard des avis répertoriés dans Netcontact :

- L'avis du Médecin Coordonnateur,
- L'avis du Cadre de Santé,
- L'avis administratif formulé sur la base du dossier déposé et qui doit être obligatoirement constitué de l'ensemble des documents et formulaires.

Une fois la commission d'admission réunie, le Directeur prononce ensuite l'admission. En cas de refus définitif, celui-ci est signifié par courrier à la famille et le dossier récupéré et détruit.

Accueil et évaluation (PR1-SP03)

Descriptif de l'accueil

Le nouveau résident est accueilli par l'adjointe administrative en charge de la gestion des dossiers d'admission pour signature du contrat de séjour et finalisation du dossier si besoin.

Elle remet les clefs au résident ou à sa famille puis elle prévient l'équipe soignante (IDE/AS/ ASH) de l'arrivée du nouveau résident qui est conduit dans sa chambre puis en salle d'animation pour le goûter s'il le souhaite.

Les membres de l'équipe AS et ASH se présentent au nouveau résident. L'animatrice se présente également au résident, prend sa photo s'il le souhaite, ses habitudes de vies et souhaits d'animations, l'ASH recueille les goûts alimentaires et souhaits pour le petit déjeuner. Le résident choisit l'image positionnée sur sa porte de chambre.

L'AS fait l'inventaire des affaires du résident et complète les habitudes de vies (heure de levers de coucher, toilettes...).

L'ensemble de ces éléments sont consignés dans le logiciel de soins selon le protocole dédié à l'accueil du résident.

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

Les objectifs de l'évaluation gériatrique standardisée sont :

- D'améliorer la performance diagnostique,
- D'optimiser l'accompagnement de la personne âgée,
- D'améliorer les capacités fonctionnelles,
- D'améliorer la qualité de vie,
- De réduire le recours aux soins inutiles : réflexion-bénéfice/risque,
- De dépister les personnes âgées fragiles et mettre en place un plan de soin spécifique de cette fragilité,
- De prévenir les complications,
- D'optimiser l'orientation vers le lieu de vie.

Un protocole définit les rôles de chacun dans cette évaluation et les interventions des différents professionnels.

Cette évaluation globale et pluridisciplinaire est réalisée dans le premier mois de l'entrée du résident et sert de base à la construction du projet personnalisé du résident.

ELABORATION ET SUIVI DU PROJET PERSONNALISE (PR2)

PROCESSUS REALISATION	
PR2	Elaboration et suivi du projet personnalisé
Pilotes	Cadre de santé - Médecin coordonnateur - Psychologue
Finalité du processus	Ce processus reprend l'ensemble des actions visant à la prise en charge individualisée et coordonnée du résident, tel que l'accompagnement médical et paramédical, les actions de prévention et de gestion des risques, la prise en charge spécifique au sein de l'unité protégée, en accueil de jour et en hébergement temporaire, et les prestations d'animations, d'activités et de maintien de la vie sociale. Ces composantes et leur adaptation tout au long du séjour forment le projet personnalisé global du résident.
PR2-SP01	Projet d'accompagnement personnalisé
PR2-SP02	Accompagnement médical et paramédical
PR2-SP03	Prévention et gestion des risques
PR2-SP04	Accompagnements spécifiques
PR2-SP05	Activités, animations, vie sociale

Projet personnalisé (PR2-SP01)

Définition du projet personnalisé

Le terme de "projet d'accompagnement personnalisé" (PAP) a été mise en place par l'ANESM pour qualifier la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie (son représentant légal le cas échéant) et les équipes professionnelles. Il vise à personnaliser l'accompagnement dans un soucis de d'adaptation à la personne, de cohérence et de continuité des pratiques. C'est également un élément de la bientraitance.

Le PAP est réalisé dans les 6 mois après admission et est réévaluée et réactualisé 1 fois par an. Un protocole dédié détaille les étapes et la mise en place du PAP.

Les projets d'accompagnement personnalisés permettent :

- D'accompagner au mieux la personne âgée jusqu'à son départ de l'établissement,
- De garantir le respect de la personne accueillie en lui donnant la possibilité de s'exprimer,
- De donner le choix et la liberté à la personne et contribuer au respect de sa dignité et au respect de la charte de droits et libertés,
- De répondre aux souhaits du résident : qualité de l'accueil, appropriation des lieux, qualité de l'animation, prise en compte de la fin de vie, au regard de nos prestations et en prenant en compte des besoins identifiés par les professionnels
- D'adapter au mieux l'accompagnement à la personne
- D'harmoniser les pratiques professionnelles

Le PAP concerne tous les domaines de la vie de la personne en établissement (soins, hébergement, alimentation, mobilité, vie sociale, vie relationnelle, affective et sexuelle), maintien des liens avec les proches et l'entourage).

Les objectifs du Projet d'accompagnement personnalisé

La résidence le Ruban d'Argent a commencé la mise en place et l'élaboration des projets de vie en septembre 2012.

Les trois principaux objectifs du PAP au sein du Ruban d'Argent :

- Assurer une continuité de vie et de bien-être à la personne résidente malgré le cadre de vie différent.

Ceci en considérant ses besoins qui justifient son institutionnalisation, en respectant ses habitudes et ses préférences quotidiennes, et en lui proposant les différents dispositifs mis en place par l'établissement (kiné, animations...) et en tenant compte de ses choix et de ses capacités.

- Impliquer le personnel soignant dans l'accompagnement des personnes résidentes et harmoniser les pratiques professionnelles.
- Suivre et réévaluer les besoins et souhaits de la personne

Les acteurs du Projet d'accompagnement personnalisé

Le projet personnalisé est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire Il est discuté en réunion et les propositions sont restitués au résident et à sa famille.

La notion de référence

Chaque résident dispose d'un référent, désigné parmi le personnel aide-soignant, ASH et IDE à son entrée dans l'établissement.

- Pour les IDE : le repère est l'unité.
- Pour les AS, ASH : le repère est la chambre.

Le référent est l'interlocuteur privilégié de la personne quant à ses besoins et à ses souhaits quotidiens. Il suit le projet de la personne et participe à son évaluation. Il est, également, un relais entre le résident, sa famille et les professionnels.

La participation du résident et de sa famille

Si cela est possible, le résident est associé en amont à la définition de son projet. A défaut, les informations lui sont communiquées. La participation de sa famille est également encouragée lorsque le résident le souhaite ou si le résident ne peut y participer.

Suite à la réunion de projet, le résident et sa famille valident ou pas les propositions de PAP.

Les intervenants libéraux (médecin, kinésithérapeute, etc.) peuvent également être associés, si besoin, notamment lors de la réunion projet.

Le recueil des informations en lien avec le résident

Le recueil le jour de l'entrée

Le jour de l'entrée, l'IDE recueille les premiers éléments nécessaires au bon déroulement de la prise en charge et au confort du résident (temps forts de l'histoire de vie, besoins en soins, souhaits, etc.). Elle assure une information aux équipes via les transmissions de soins. Le jour de l'entrée du résident, l'IDE en poste rédige le premier plan de soins et l'aide-soignante complète avec le jour de douche.

Le recueil dans le premier mois

Dans le premier mois chaque professionnel référent se présente s'il ne l'a pas déjà fait. Le psychologue et le référent AS sont les coordonnateurs et garants du PP. Le PP doit impérativement être réalisé, signé et annexé au contrat dans les six mois qui suivent l'admission. Les informations recueillies à l'entrée sont complétées par une évaluation gériatrique standardisée.

Les intervenants référents renseignent les différents recueils de données de l'onglet « Projet perso » dans le logiciel de soins :

- Histoire de vie (psychologue)
- Centres d'intérêt, prestations (animatrice)
- Souhaits/attentes, lever/coucher hygiène corporelle, élimination (référent AS)
- Motricité (ergothérapeute)
- Risques (tous les référents selon leur domaine)

L'ASH référente, la diététicienne et les référents alimentaires complètent l'onglet « Alimentation » du logiciel de soins.

Le psychologue s'assure de la complétude des données afin de procéder à la préparation de la réunion PAP.

La réunion projet

La réunion hebdomadaire de revue des projets personnalisés est pluridisciplinaire. Elle est composée des personnes ressources et de tout participant permettant de construire le projet.

Elle valide les objectifs et actions à mener et formalise le projet par écrit. A la suite de la réunion, le projet est enregistré sur le logiciel de soins et enfin il est également disponible pour l'ensemble des soignants (notamment une transmission « flash » aux équipes).

Le projet doit être présenté au résident et à sa famille qui procèdent à sa signature. Cette étape est toutefois parfois difficile au regard de la dépendance des résidents. Il doit ensuite être annexé au contrat de séjour.

Finalisation du projet

Idéalement dans les quinze jours qui suivent la réunion PAP (selon les disponibilités des personnes), le projet personnalisé est présenté au résident et/ou son représentant légal et, si le résident le souhaite, à son entourage.

Cette réunion se déroule en présence de la cadre de santé et de la psychologue. La personne accueillie apprécie le projet et/ou demande des modifications. La personne et/ou son représentant légal peut accepter ou refuser la proposition de Projet personnalisé. Dans le cas d'un refus, une nouvelle proposition doit être présentée.

Signature du projet

Après accord du résident ou son représentant légal, le PAP est validé dans le logiciel de soins et la psychologue passe le projet « à l'étape de signature ». Le PAP est imprimé et signé par le résident et/ou son représentant légal, ainsi que par le directeur et la psychologue. L'original papier est conservé en annexe au contrat de séjour (dossier administratif au secrétariat) et le document signé est scanné dans le logiciel de soins.

La psychologue assure une communication adaptée sur le logiciel de soins et lors des transmissions concernant les actualisations et les nouveaux projets personnalisés réalisés.

Mise en œuvre du projet personnalisé

Le projet personnalisé est l'affaire de tous et est mis en œuvre par l'ensemble des équipes de l'EHPAD. Il est notamment coordonné et suivi par l'AS référente et la psychologue en lien avec l'équipe pluridisciplinaire. L'AS référente s'assure de la mise en œuvre des axes et fait part de toute difficulté en transmission ainsi qu'à la Cadre de santé et au psychologue.

Actualisation du projet

L'actualisation du Projet personnalisé a lieu à minima une fois par an.

Le projet d'accompagnement personnalisé peut être actualisé à tout moment de l'année et notamment en cas d'événements intermédiaires : hospitalisation, évolution de l'état de santé, évaluation des souhaits du résident, etc.

Le suivi de la démarche

Un suivi est réalisé en COPIL Qualité lors de l'étude du processus sur l'avancement des projets et leur actualisation.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP01	Projet personnalisé	
Co-pilote	Psychologue	
Objectif	Améliorer le suivi et la mise en oeuvre des projets personnalisés	
Action	Définir les rôles et les missions des référents "résidents" en les consignant dans une lettre de mission	2025
Action	Reconsulter le résident et/ou ses proches pour la réévaluation du projet	2026
Objectif	Améliorer la communication autour des projets personnalisés	
Action	Mettre en place une information à destination des résidents et des familles sur les projets personnalisés	2025
Action	Organiser lors des transmissions, un temps d'information sur les derniers projets personnalisés	2025
Action	Améliorer le recueil des habitudes de vie des résidents lors des pré admissions	2025

Accompagnement médical et paramédical (PR2-SP02)

La vie quotidienne

Le lever

Chaque résident est réveillé le plus souvent selon son rythme tout en respectant l'incontournable de la prise médicamenteuse à heures régulières et le respect d'un jeûne nocturne si possible inférieur à 12 heures ou en prévoyant une collation nocturne.

Il est important de travailler sur la façon d'entrer en contact avec la personne le matin au lever, de ce fait l'équipe veille à frapper avant d'entrer et à se présenter avec douceur.

L'aide à la toilette et à l'habillement

Préserver l'intimité corporelle, en particulier lorsque les personnes sont dépendantes et vulnérables, est une condition fondamentale de préservation de l'identité personnelle.

La toilette et les soins du corps sont des moments personnels ; selon les personnes accueillies, les enjeux en termes d'intimité sont différents.

La personne est protégée du regard des autres (les toilettes sont assurées portes fermées et présence allumée au-dessus de la porte) et accompagnée dans la construction de son intimité.

L'autonomie du résident veille à être conservée au moment de la toilette. Les produits et le linge de toilette sont individualisés et les vêtements des personnes accueillies sont personnels et non standardisés.

Le repos de journée

Les temps de repos sont organisés à la demande des résidents. Ils s'assoupissent sur les fauteuils et quelques-uns demandent à réintégrer leur chambre pour faire la sieste.

Le coucher

Pour favoriser un coucher individualisé serein, nous adoptons la ligne de conduite suivante :

- Mettre en place les soins du coucher (déshabillage, mises aux WC,),
- Être calme,
- Mettre à disposition tout ce que la personne veut ou a besoin,
- Respecter les rythmes de vie, les rituels (laisser un fil lumineux selon la demande...),
- Vérifier la température de la chambre,
- Réassurer les personnes (angoisse du soir, solitude...).

La nuit

Les accès vers l'extérieur sont fermés par l'équipe de nuit vers 21h15 ; tous les accès sont vérifiés. Certains résidents s'enferment dans leur chambre à clé pour se sécuriser (toutes les chambres disposent d'un loquet intérieur).

La tisane est proposée en début de nuit au premier tour de garde en même temps que la distribution des médicaments et que les changes et repositionnement en utilisant du matériel adapté (draps de glisses,).

Durant le reste de la nuit quand les résidents dorment, les professionnels ne les réveillent pas automatiquement pour les changer, car nous privilégions le sommeil et le repos. Cependant, il faut quand même exercer une surveillance et au tour suivant, le change est réalisé si le résident est réveillé. Les changes non faits sont signalés et motivés.

Les principes de l'équipe de nuit :

- Si des personnes se réveillent la nuit, nous proposons une collation, nous rassurons, nous répondons aux besoins.
- Si des personnes présentent une agitation nocturne et/ou déambulent : nous les surveillons, tentons de les rassurer et les laissons déambuler en les accompagnants puis, progressivement, nous les encourageons à se coucher.
- En cas de problème ou de questionnements sur l'état de santé d'un résident, l'AS peut faire appel à l'équipe IDE de garde (dispositif mutualisé).

La coordination pluridisciplinaire des soins

La coordination pluridisciplinaire s'exerce à plusieurs niveaux de manière interne, elle permet de :

- Coordonner l'ensemble des actions mises en place auprès des résidents, leur adéquation et leur bon déroulement ;
- Organiser les divers moyens nécessaires à une politique de soins, personnalisée, cohérente, décidée en équipe (documents, informations, réunions...)
- Gérer l'emploi du temps de chaque membre de l'équipe médicale et paramédicale placée sous sa responsabilité ;
- Mettre en place la formation de l'ensemble des personnels.

Les prestations d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes libéraux, transports sanitaires...) ne sont pas comprises dans le forfait tarifaire de l'EHPAD, et sont facturées au résident ou à son représentant légal. Elles sont remboursées par les caisses d'assurance maladie et les mutuelles aux conditions habituelles.

Le choix du médecin traitant (liste à disposition) est laissé à la liberté du résident ou de sa famille.

En interne, la coordination des soins est exercée entre les différents professionnels soignants sous la responsabilité du médecin coordonnateur assisté du cadre de santé.

Rôle du médecin coordonnateur

Sous l'autorité administrative du directeur, le médecin coordonnateur :

- Organise et anime l'équipe soignante, élabore, coordonne et évalue le projet de soin ; il a une fonction d'organisation et d'animation de l'équipe et dispose d'une autorité fonctionnelle sur les professionnels de santé salariés,
- Coordonne l'intervention des professionnels de santé libéraux auprès desquels il promeut les bonnes pratiques,
- Préside la commission de coordination gériatrique dont l'ordre du jour est préparé avec le directeur,
- Prépare le rapport d'activité médicale, rapport d'information dont les données individuelles doivent rester anonymes. La finalité de ce rapport est de permettre une prise en soin de qualité ; il apporte au directeur qui le signe, des éléments pour la gestion de l'établissement. Dans ce cadre, le médecin coordonnateur intervient en qualité de conseiller technique gériatrique auprès du directeur.
- En cas de situation exceptionnelle (urgence et/ou risques vitaux) et dans les cas prévus par décret, le médecin coordonnateur peut prescrire., Il peut désormais être médecin traitant de certains résidents.
- Le médecin valide le PMP et le GMP (coupe PATHOS et grille AGGIR)

Le médecin coordonnateur de l'établissement entre en rapport avec le médecin généraliste, le service hospitalier pour tout ce qui concerne les problèmes d'épidémiologie, de retour d'hospitalisation.

La commission de coordination gériatrique

Le médecin coordonnateur préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.

La commission est composée :

- Du directeur de l'établissement ou son représentant,
- Des médecins salariés de l'établissement,
- Du cadre de santé
- Des salariés de l'établissement suivants : les infirmiers diplômés d'État, les psychologues, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes
- De l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral
- Du pharmacien d'officine lorsque l'établissement ne dispose pas d'une pharmacie à usage intérieur,

La commission de coordination gériatrique est consultée sur :

- Le projet de soins de l'établissement et sa mise en œuvre,

- La politique du médicament, dont la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents de l'établissement, ainsi que celle relative à certains dispositifs médicaux, produits et prestations,
- Le contenu du dossier type de soins,
- Le rapport annuel d'activité médicale de l'établissement,
- Le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation de l'établissement,
- L'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales et les structures ambulatoires du secteur au titre de la continuité des soins,
- Les bonnes pratiques gériatriques.

Enfin, il convient de noter que la commission de coordination gériatrique a également pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques, notamment auprès des professionnels de santé intervenant dans l'établissement, et qu'elle doit se réunir au minimum deux fois par an sur un ordre du jour établi conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.

La cadre de santé

La continuité des soins est assurée par l'équipe soignante de l'établissement : médecin coordonnateur, cadre infirmier, IDE, aides-soignantes, aides médico psychologiques et les ASH.

L'EHPAD bénéficie d'un accompagnement soignant 24 h/24 h. La nuit, une garde IDE est mise en place dans le cadre d'un dispositif mutualisé porté par la Résidence en lien avec le CRT.

Le cadre de santé est garant de l'organisation et de la continuité des soins. Les missions de l'infirmière coordinatrice ou du cadre de santé sont multiples.

En matière de gestion des ressources humaines :

- Encadrement, animation et gestion de l'équipe soignante,
- Réalisation, gestion des plannings et remplacements,
- Evaluation annuelle des équipes de références,
- Participation avec le directeur à l'élaboration du plan de formation (définition des besoins, détermination des actions et évaluation des formations retenues sur les pratiques professionnelles),
- Participation au recrutement des agents des équipes de référence,
- Elaboration et suivi des fiches de postes et des fiches de tâches,
- Accueil et organisation de l'encadrement des nouveaux personnels et des stagiaires,

En matière d'organisation des soins et de l'hygiène :

- Organisation des soins et de la continuité des soins,
- Gestion et coordination du dossier (soins,) informatisé des résidents,
- Elaboration en lien avec la direction et les équipes des projets personnalisés et de soins conformément au projet d'établissement et aux objectifs de la convention tripartite ou du CPOM,
- Elaboration, suivi, actualisation et contrôle des protocoles de soins et d'hygiène en lien avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante,
- Elaboration de la grille AGGIR en lien avec l'équipe soignante validé par le médecin coordonnateur,
- Coordination des soins entre l'équipe de références et les intervenants médicaux et paramédicaux externes.

En matière d'accompagnement des résidents :

- Préparation des entrées des nouveaux résidents et des personnes accueillies à la journée,
- Réalisation des entretiens de pré-admission en lien avec le médecin coordonnateur si nécessaire,

- Accueil des résidents, des personnes accueillies à la journée et de leur famille,
- Participation à la mise en place du projet personnalisé.

L'équipe infirmière

La coordination des soins est aussi réalisée par les IDE au quotidien en fonction de l'état de santé des résidents.

L'équipe soignante et les ASH appellent toujours l'infirmier (e) en cas de problème de santé du résident.

L'IDE fait le relais avec les autres services (cuisine, ouvrier d'entretien pour des courses).

La prise en charge des urgences

Les premiers soins sont donnés sur place par les soignants présents, un chariot « urgence » situé en salle de soin étant disponible à cet effet. Ensuite, selon le cas, la prise en charge est assurée sur place ou le résident est transféré dans une structure appropriée (hôpital/clinique).

Devant toute urgence ressentie, la prise en charge va dépendre de la compétence de l'équipe soignante en poste. Nous disposons d'un protocole « protocole relatif à la conduite à tenir en cas de problème médical et urgence vitale ».

En cas d'urgence il est fait appel au médecin traitant, pendant les heures ouvrables, sinon au praticien d'astreinte (15 ou SOS médecin).

En cas d'hospitalisation, un Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) est imprimé et remis sous enveloppe cachetée au transporteur sanitaire de même que les copies des attestations et de la carte de sécurité sociale et la mutuelle contenue dans le dossier papier du résident.

Dans le cadre de la mise en place du Dossier médical partagé (DMP), le DLU sera automatiquement transféré dans le DMP partie intégrante de Mon Espace Santé.

Principes de prise en charge des soins

Les soins infirmiers techniques, d'aide et d'accompagnement sont dispensés par des professionnels qui collaborent entre eux. Les principes qui sous-tendent ces prestations sont basés sur le maintien des capacités des personnes âgées, mais aussi sur l'amélioration de leur confort et de leur qualité de vie.

La collaboration et la continuité s'inscrivent dans le projet de vie et de soins de la personne ; projet négocié avec cette dernière et avec son entourage.

L'équipe collabore aussi avec des intervenants extérieurs pour lesquels des obligations, notamment de traçabilité dans le dossier de chaque résident s'appliquent.

Les soins sont dispensés dans un ordre logique et basé sur le rythme chronologique d'une journée, ainsi que sur l'état de santé de chaque personne.

Visites des médecins

Les médecins traitants :

Ils sont appelés en fin de semaine en fonction des dates de renouvellement des ordonnances et sont informés pour la semaine suivante. Une liste de noms de résidents à voir est insérée dans le dossier du médecin correspondant.

Les IDE accueillent les médecins traitants et assistent à la visite. La visite se déroule dans la chambre ou dans la salle de soins et prioritairement en dehors des temps de repas ; le bureau du Médecin coordonnateur peut être utilisé par ses confrères si besoin.

Les médecins spécialistes :

Le médecin traitant ou l'IDE prennent le rendez-vous. A chaque fois la famille est prévenue. Le rendez-vous est noté dans le logiciel de soins.

Examens

Il existe une convention avec un laboratoire d'analyses.

Les prélèvements sanguins ou autres (selles et urines notamment) sont réalisés par les infirmiers(e). Les prélèvements sont déposés dans le sas de l'entrée et récupérés par le laboratoire à 9h00 et à 12h00 tous les jours sauf les dimanches.

Les résultats sont transmis par le biais du module de biologie du logiciel de soins. Pour les résultats papiers éventuels, ils sont ventilés dans chaque dossier par l'IDE, certains médecins équipés reçoivent les résultats au cabinet. Il existe un protocole INR.

Imagerie médicale

Les examens sont réalisés sur prescription médicale, la prise de rendez-vous est effectuée par les IDE ou par la famille si elle est accompagnante. Il est fait appel à un transporteur sanitaire pour le déplacement (en fonction de la prescription) ou à la famille.

L'établissement n'accompagne pas pour les examens ou les visites, mais à chaque fois la famille est prévenue. L'établissement garantit le choix du résident ou de sa famille concernant l'ambulance.

Les résultats sont quelques fois transmis ultérieurement et récupérés en ligne de manière sécurisée.

Les réunions :

Deux réunions cliniques sont organisées le jeudi, respectivement pour traiter des sujets de l'unité protégée et de l'unité classique. Ces réunions ont lieu en présence de tous les professionnels (médecin coordonnateur, cadre de santé, IDE, AS, ASH, animation, psychologue, diététicienne, ergothérapeute).

Il existe aussi des réunions de préparation des projets festifs (animation, cadre de santé, cuisine, direction) pour définir l'organisation à mettre en place et les différentes commissions (menus, restauration, animation...).

Une réunion inter-service a lieu tous les mois et réunit un représentant de chaque service au-delà des services de soins. Elle permet de faire le point sur les problématiques concernant l'ensemble des équipes et d'informer les services sur les orientations et projets en cours. Des réunions de service sont réunies selon les besoins.

Dossier du résident et transmissions

Le dossier de la personne accueillie est une aide et un outil pour tous les professionnels, pour mieux répondre aux besoins des personnes.

Le dossier du résident est informatisé et l'établissement tend à la constitution d'un dossier unique et numérisé. Les prescriptions d'examens de laboratoire ou imagerie médicale et de kinésithérapie sont rédigées sur informatique, comme les ordonnances médicamenteuses.

Les transmissions sont un des outils mis à disposition des professionnels pour optimiser la continuité et la cohérence des soins et prises en charge.

Les transmissions ciblées, dans le dossier de l'utilisateur, permettent un suivi fiable de l'état de santé de ce dernier par le partage d'un vocabulaire et d'une technique d'écriture communs.

Les mots clefs

Dans le dossier informatisé, des mots clés permettent la sélection de transmissions individualisées et/ou collectives (cas rare). Pendant les soins, la traçabilité est effectuée sur tablette. Après les soins, la traçabilité est effectuée dans le logiciel de soins en salle de transmissions.

Tous les acteurs soignants écrivent dans le dossier, les non soignants font part de leurs observations qui sont retranscrites par un soignant.

Les transmissions écrites doivent être lues à chaque prise de poste.

Les transmissions orales entre les équipes sont importantes pour mettre du sens et de la distance sur les pratiques et prendre des décisions en équipe.

Le circuit du médicament

Prescriptions

L'ordonnance est rédigée par le médecin traitant sur le logiciel de soins : prescription de renouvellement - Prescription de changement de traitement ou traitement occasionnel, prescriptions d'examens de laboratoire ou imagerie médicale, de kinésithérapie...

Cependant, tous les médecins ne prescrivent pas encore sur informatique. Dans ce cas le médecin coordinateur rentre la prescription dans le logiciel de soins.

Délivrance pharmaceutique

Elle est réalisée dans le cadre d'une convention avec une pharmacie (délivrance robotisée). Ce système permet de libérer du temps infirmier et d'assurer une meilleure sécurité du circuit du médicament.

Si besoin, la pharmacie passe tous les jours à 16 h 30 du lundi au vendredi afin de faire un point sur les prescriptions. En cas de passage d'un médecin pour une prescription en urgence le vendredi soir, la pharmacie passe le samedi matin.

L'IDE vérifie les préparations à administrer. Une référence IDE est mise en place chaque semaine (le mercredi) pour que le référent médicament puisse faire les vérifications nécessaires.

Administration

Les gouttes sont préparées au moment de la prise pour l'unité classique. En ce qui concerne les traitements de nuit, ils sont préparés dans la journée par l'IDE.

Aide à la prise

L'IDE distribue les traitements selon la prescription médicale. Elle administre les gouttes, les formes injectables et les patchs. L'aide à la prise est effectuée par les IDE et parfois les AS : matin au petit déjeuner et le soir pour le dîner. La nuit, l'AS de nuit distribue et aide à la prise des médicaments vérifiés par les IDE.

Surveillance

Les effets indésirables sont signalés à l'IDE. Les troubles du comportement sont observés et signalés, les paramètres vitaux suivis. Ceci est abordé en transmissions. Les IDE transmettent au médecin.

L'enregistrement des prises et des non-prises est effectif grâce au logiciel de soins. Une signature électronique mentionne l'heure de la prise ou le refus du traitement.

Gestion des toxiques

Les toxiques sont mis dans un coffre et la pharmacie est fermée à clé. Il existe une ordonnance sécurisée. Chaque toxique délivré est noté sur un registre des toxiques rappelant le nom du résident et la dose administrée conformément à la prescription.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP02	Accompagnement médical et paramédical	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer la coordination des soins	
Action	Renforcer la communication avec les intervenants extérieurs	2028
Action	Proposer une formation sur Netsoins aux médecins traitants	2026
Action	Actualiser les conventions d'activité libérale	2026
Objectif	Renforcer la sécurité de l'intervention des équipes de nuit	
Action	Planifier la formation sur le travail de nuit des équipes de nuit	2025
Objectif	Garantir la qualité et l'efficacité des échanges d'informations	
Action	Engager une réflexion sur les temps de transmissions au sein de l'organisation du travail (positionnement et durée)	2026
Action	Améliorer les transmissions entre les professionnels (écrites, ciblées, formation des agents)	2026
Action	Définir en équipe le secret partagé et engager une formation sur ce thème	2026
Action	Développer la traçabilité des actions menées dans le cadre du plan de soins	2025
Action	Prévoir une formation régulière des personnels à Netsoins	2025
Objectif	Renforcer l'information des résidents et des familles sur l'accompagnement médical et paramédical	
Action	Informier plus systématiquement les résidents des modifications de leur plan de soins	2024
Objectif	Sécuriser et optimiser la gestion du dossier informatisé du résident	
Action	Finaliser la numérisation intégrale du dossier du résident sur Netsoins	2027
Action	Revoir les droits et habilitations des différents personnels pour l'accès au dossier médical via Netsoins	
Objectif	Renforcer l'évaluation de la qualité des soins	
Action	Structurer une démarche d'évaluation institutionnelle pour la qualité des soins	2028
Action	Tracer les évaluations de la qualité des soins	2028
Action	Programmer des analyses de pratiques professionnelles	2028
Objectif	Garantir la mise à jour des protocoles et recommandations	
Action	Revoir et réactualiser les protocoles (en cas de décès - en cas d'hospitalisation)	2025
Objectif	Garantir la sécurité du circuit du médicament	
Action	Réaliser un audit annuel sur le circuit du médicament	2028
Action	Actualiser la convention avec la pharmacie ESCARRA	2026

Prévention et gestion des risques (PR2-SP03)

La structuration de la démarche

Mettre en place des actions de prévention nécessite au préalable une connaissance personnalisée et objective de chaque personne âgée. Aussi, l'appréciation de l'état de santé du futur résident ne se limitera pas à la recherche de pathologies, mais concernera le statut familial, l'autonomie, la dépendance, l'état cognitif. L'outil efficace, fiable, reproductible qui va permettre de réaliser cette analyse et surtout d'instaurer des mesures préventives est l'Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS).

En complément des professionnels qui participent à l'EGS, la démarche s'appuie sur un réseau interne de référents thématiques (IDE, AS, ASH) formés et dotés de temps dédiés afin de mener à bien leurs missions. Ce réseau doit encore être développé, clarifié et pérennisé.

L'ensemble des acteurs peuvent s'appuyer sur des professionnels spécialisés, mobilisés dans le cadre de conventions avec le Centre hospitalier, notamment concernant les plaies et la cicatrisation, ou encore l'hygiène.

La prévention des déficits sensoriels

L'autonomie de la personne dans sa vie quotidienne est intimement liée au traitement des informations saisies dans son environnement par ses sens : vision, audition, odorat, goût et toucher. Le repérage de l'altération de ces sens doit être systématique.

Déficience visuelle

De nombreuses modifications anatomiques surviennent progressivement avec l'âge au niveau de l'œil : perte d'élasticité, atrophie cutanée, ... Un opticien vient régulièrement à la demande de l'établissement pour la réfection/réparation des lunettes.

Nous proposons les prises en charge suivantes :

- Orientation vers une consultation ophtalmologique
- Encourager le port de verres propres et intacts
- Promouvoir un éclairage intensifié, mais indirect
- Fourniture d'un cadran téléphonique à gros caractères, et de livres à gros caractères
- Le regard directement dans les yeux des résidents
- Les objets indispensables à la personne au bon endroit en fonction de l'état de la vision centrale et périphérique.

Déficience auditive

La perte de l'ouïe est l'un des dérèglements chroniques fréquents chez la personne âgée. Toute perte auditive rend la communication difficile ce qui entraîne des problèmes pouvant affecter la qualité de vie et les activités quotidiennes.

Privée de la capacité à communiquer, la personne âgée peut paraître intellectuellement déficiente. Il est donc important que la perte auditive soit décelée le plus tôt possible et traitée.

Les appareils doivent être mis lors de la toilette et retirés au moment du coucher. Le port d'appareils doit être notifié dans le logiciel de soins.

La bouche et la cavité buccale

La bonne hygiène bucco-dentaire est source de bien-être ; le brossage de dents et les soins de bouche font partie de l'aide à la toilette et nécessitent la mise en place de protocoles individualisés.

Les soins de bouche sont un enjeu dans l'accompagnement de la personne âgée et l'établissement a défini deux priorités :

- Favoriser ou maintenir une communication satisfaisante avec l'entourage
- Traiter tout inconfort et douleur causé par la maladie (ou les effets secondaires des traitements)

Dans l'établissement lors de la toilette du matin et lors du coucher les AS doivent assurer l'hygiène dentaire ou des appareils. Des soins de bouches peuvent être prescrits en plus.

Les personnes en fin de vie bénéficient de soins de bouches régulièrement durant la journée et la nuit.

Dans le cadre de ses projets, l'établissement souhaite renforcer les interventions de spécialistes au niveau bucco-dentaire.

La prévention des troubles nutritionnels

Pour cette prise en charge, nous mettons en place les actions suivantes :

- Repérer les résidents à risque,
- Peser le résident et calculer son I.M.C,
- Lutter contre les altérations de la cavité buccale,
- Lutter contre les idées reçues : les besoins caloriques d'une personne âgée sont identiques à ceux du jeune adulte,
- Lutter contre le risque de déshydratation toute l'année et non seulement à la saison chaude, mais aussi au moment de mise en route du chauffage en proposant régulièrement des boissons,
- Lutter contre la dénutrition en apportant des repas « maison » enrichis et de la complémentation alimentaire,
- Limiter les régimes restrictifs si possibles pour faciliter une meilleure alimentation,
- Doser l'albumine pour apprécier la sévérité de la dénutrition, adapter la prise en charge et sa réponse,
- Adapter les textures pour les personnes ayant des problèmes de mastication, de déglutition.

Les préparations cuisinées en textures dites normales sont déclinées pour les textures modifiées ainsi tous les résidents dégustent le même plat. Les préparations sont hachées ou mixées au dernier moment (dans le respect de la méthode HACCP) et présentées de manière agréable.

Les résidents sont pesés tous les mois et la valeur est notée dans le logiciel de soins. Nous disposons d'une plate-forme de pesée et d'un système de pesée qui peut s'installer sur les rails. Des compléments nutritionnels oraux sont mis en place sur prescription médicale.

Quand une personne ne mange pas, nous mettons en place un suivi alimentaire. Le médecin coordonnateur et le diététicien assurent un suivi et préparent un bilan qui est remis au médecin traitant par

l'infirmière (dossier du médecin correspondant). Il existe, entre autres, un protocole de prévention nutritionnel.

Les habitudes alimentaires sont consignées sur le logiciel de soins (petit déjeuner, préférences, repas, aversions, allergies, textures,) dès l'entrée. Le recueil est partagé avec le service de restauration et remis à jour par le diététicien et les référents alimentation.

Il existe un plat de remplacement pour les personnes ayant des aversions. L'alimentation est enrichie naturellement ou avec une poudre protéinée.

Un tableau reprenant les régimes hyper-protéinés réalisé sur le logiciel de soins est actualisé toutes les semaines par le diététicien. Il est également affiché dans la salle de soins IDE.

Une collation nocturne est proposée pour les personnes le souhaitant.

Les régimes sont mis en place sur prescription médicale et une information est faite à la cuisine.

Il s'agit des régimes :

- Sans sel : très rarement prescrit par les médecins
- Hypocalorique : sur prescription médicale ou sur volonté personnelle, mais surveillée
- Fibres, anti diarrhéique ou autres...

La prévention de la déshydratation

Il existe un plan de soins pour chaque résident dans le logiciel de soins qui prévoit la prise d'hydratation quotidienne pour tous les résidents tout au long de l'année renseignée par les infirmiers, les AS (petit déjeuner, repas midi et soir), l'animation (10h, 14h, 15h30) avec transmissions écrites dans le dossier informatisé par l'équipe de nuit.

Il existe un protocole de prévention de la déshydratation en perfusion sous-cutanée, un protocole d'hydratation et le plan canicule est élaboré.

Tout au long de l'année, nous réalisons des tours d'hydratation de 10h00 à 14h00 et à l'heure du goûter et à partir de 21h00.

Il persiste une difficulté pour quantifier ce que les personnes autonomes boivent. Le sirop est additionné pour ceux qui n'aiment pas l'eau. Pour ceux qui ont des difficultés de déglutition, il existe de l'eau gélifiée, des yaourts, des compotes, ...

La prévention des escarres et de la régression locomotrice

L'ensemble des agents (de soins et d'animation) veillent à la mobilité des résidents, et les projets spécifiques de stimulation sont, si besoin, élaborés en équipe, formalisés et évalués.

Des kinésithérapeutes interviennent, sur prescription, dans l'établissement. Le choix de matériel adapté (lits, matelas, coussins, aides techniques...) fait l'objet d'une réflexion d'équipe. Un effort particulier est fait sur le plan des apports protéino-énergétiques.

L'aide à la marche pour les actes de la vie quotidienne et l'accès aux ascenseurs, le maintien de l'autonomie lors de la toilette favorise la mobilisation. Nous encourageons la personne à s'habiller seule ou avec une aide partielle.

L'animatrice et/ou un intervenant extérieur (Activités Physiques Adaptées) met en place des exercices physiques 1fois/semaine dans chaque secteur. Les jeux de ballons, les ateliers permettent de préserver la psychomotricité (pliage des serviettes, desserte des tables.).

Un atelier « bien-être » pour les personnes dépendantes a été mis en place (massages).

Les changements de position favorisent le maintien de l'état cutané (éviter que des plaies apparaissent). Nous évitons l'alitement et sommes attentifs au maintien de l'hydratation et de la nutrition. Nous mettons en place des préventions d'escarres (effleurage). Nous prêtons attention aux transferts. Lors des soins d'hygiène, nous veillons à bien rincer la peau, chaque résident doit avoir au moins une douche hebdomadaire.

Nous utilisons du matériel adapté :

- Matelas à mémoire de forme systématique avec introduction du matelas à air quand il y a une formation d'escarres avec des coussins de décharge (position canoë)
- Coussins de positionnement lors de l'installation des personnes assises en fauteuils.

La prévention des anomalies d'élimination urinaire et fécale

Toutes les actions susceptibles de favoriser la continence sont mises en œuvre, en particulier : faciliter le repérage et l'accès aux toilettes, évaluation régulière des besoins de protection, favoriser la continence et lutter contre la constipation.

Avec les mesures mises en place (alimentation riche en fibre, hydratation, mise aux WC, verticalisation et la marche, adaptation des traitements, adaptation du traitement laxatif systématiquement avec la morphine ou les codéinés), nous prévenons la constipation.

L'état du transit digestif est surveillé par l'ensemble des équipes et tracé sur le logiciel de soins (qui émet des alertes).

Nous avons planifié un accompagnement aux WC 3/jr. Il existe des référents incontinence AS.

Chaque résident dispose d'un protocole concernant la gestion de son incontinence régulièrement réévaluée.

Sonde urinaire : nous tentons un sevrage le plus souvent possible, sauf pour certaines personnes qui ont une pathologie qui le nécessite.

La prévention des chutes

Après avoir évalué l'état de santé du résident, les facteurs prédisposants intrinsèques et précipitant intrinsèques et extrinsèques, on évaluera le risque de chute pour une meilleure prise en charge. C'est le rôle du projet de soins, mis en place par le médecin coordonnateur avec la coopération des différents membres de l'équipe : Médecin traitant – Kinésithérapeute – Infirmière – Diététicien - Aides-Soignants - Ergothérapeute.

Les chutes ne sont pas inévitables chez la personne âgée, mais elles peuvent être prévenues par le maintien d'un bon état général physique, psychique et environnemental.

Nous veillons à :

- Sensibiliser le personnel au problème des chutes et le former à la prise en charge,

- Identifier les sujets à risques,
- Réduire le temps d'alitement au détour d'une pathologie intercurrente,
- Traiter les maladies responsables des troubles de la marche et de l'équilibre,
- Apporter des conseils de chaussage, soins de pédicure,
- Développer l'apprentissage d'aides à la marche (canne, tripode, déambulateur), l'apprentissage du relever après une chute,
- Sensibiliser à temps les personnes âgées sur les bienfaits de l'activité physique (gymnastique, marche, danse...),
- Optimiser la gestion des médicaments : fenêtres thérapeutiques, prescription de courte durée si possible, savoir arrêter un traitement et l'expliquer la personne âgée très attachée à ses comprimés
- Prendre en compte la presbycusie, la presbytie et proposer lunettes et aide auditive dont l'adaptation est d'autant plus facile que l'âge est moindre,
- Eduquer et contrôler la nutrition et l'hydratation : le déficit vitaminique et en oligo-éléments qui résulte d'une diminution de la nutrition est très néfaste à la marche et donc favorable aux chutes,
- Gérer l'environnement : aménagement des locaux,
- Eviter l'isolement : favoriser un environnement psychoaffectif et social (famille, animations, ateliers, bénévoles...).

De la chute à la contention

La contention est une entrave à la liberté individuelle.

La recommandation indique que la contention ne peut être réalisée que sur prescription médicale pour 24 h, reconduite si nécessaire et après réévaluation par une prescription médicale motivée toutes les 24 h. Un protocole dédié encadre la pratique au sein de notre établissement.

Dans certaines situations la contention peut être nécessaire pour :

- Prévenir la chute du tronc en avant par un harnais
- Empêcher le résident de se lever quand la station debout est impossible
- Empêcher le résident de glisser vers l'avant lorsqu'il est installé au fauteuil

L'établissement met en œuvre une réflexion systématique autour de la contention pour la recherche du rapport bénéfice/risque. L'équipe reste vigilante sur la nécessité d'une prescription médicale étayée pour toute contention.

L'établissement est également vigilant à la réduction/suppression de toute contention chimique.

La prévention de la douleur

La douleur est un symptôme fréquent avec l'âge, souvent sous-évaluée en raison de la multiplicité de sa manifestation. Elle doit être repérée lors de l'entretien, mais également, au travers des activités de la vie quotidienne. Dès qu'un changement est constaté, il faut penser à un phénomène douloureux d'expression non verbale :

- Perte de poids, anorexie
- Perte d'autonomie
- Anxiété, insomnie
- Régression, opposition
- Attitude antalgique

L'établissement est à l'écoute de la souffrance physique et morale des résidents. Afin d'évaluer la douleur nous utilisons les grilles d'évaluation suivantes :

- La grille ALGOPLUS pour les personnes avec des déficiences de verbalisation

- La grille EVS pour les personnes communicantes ainsi qu'une échelle analogique

Toutes ces échelles figurent parmi les protocoles. L'évaluation et le suivi sont faits en équipe et transmis au médecin.

Une convention est signée avec l'EMSP pour bénéficier de l'intervention/expertise pour les réseaux de soins palliatifs et la prise en charge de la douleur.

En ce qui concerne l'évaluation de souffrance psychologique, on oriente vers la psychologue qui peut mettre en place des évaluations de la souffrance.

Une psychiatre intervient mensuellement dans la structure pour le suivi de certains résidents.

L'équipe développe, valorise dans la pratique quotidienne différents « petits moyens » tels que :

- L'installation, les coussins, l'écharpe, les tisanes, le froid, la neuro-stimulation
- La relaxation, les changements de position, le fauteuil
- Les activités récréatives, occupationnelles avec une valorisation des capacités restantes (douleur)
- Impliquer la personne dans la réalisation de certaines activités (distraction)
- Rôle du (de la) psychologue : travailler la relation thérapeutique
- Prise en charge médicamenteuse, lorsque cela est nécessaire (Mise en place des protocoles)

La prévention de l'isolement relationnel (personnel, familial, social) et de ses conséquences psychologiques

Les mesures concernant la place de l'alimentation, de la locomotion, de l'entretien sensoriel, du bien-être physique et mental contribuent à prévenir l'isolement et ses conséquences délétères.

L'accueil des familles, l'animation et le projet de vie en général, ainsi que l'inscription de l'établissement dans un réseau médico-social coordonné contribuent à préserver le pouvoir décisionnel et les liens personnels des résidents.

Il est présenté aux nouveaux résidents l'ensemble du programme d'animation et d'accompagnement individuel existant (psychologue, association).

L'établissement oriente les résidents vers l'animation pour la création ou le maintien du lien social et favorise les liens familiaux. Les visites des proches ou des familles sont libres (il n'y a pas d'horaires fixes de visites). Des événements festifs (fête des familles) sont organisés pour maintenir le lien familial.

Nous favorisons les placements à tables par affinités et sommes vigilants à tout changement de comportement (isolement) et sur les causes possibles.

La prévention du déclin cognitif

Les troubles de la mémoire sont fréquents avec l'âge et compliquent le vieillissement. Il est essentiel de faire la part entre les troubles de la mémoire liés au vieillissement qui resteront stables et ceux liés à une maladie neuro- dégénérative.

La mission du médecin coordonnateur est de guider et de former les équipes en fonction du type de trouble de la mémoire ou du comportement et de faire le lien avec les médecins traitants.

En effet, selon le type de pathologie neuro-dégénérative, l'équipe devra s'adapter pour garder une qualité de communication et de gestion de la vie quotidienne (par exemple Démence Fronto Temporale et Maladie d'Alzheimer).

La visite de pré-admission permet d'évaluer les besoins et les troubles cognitifs de la personne par l'utilisation d'outils d'évaluation comme le M.M.S.E, le test de l'horloge ou le GDS. Cela est régulièrement réévalué par le médecin coordonnateur ou la psychologue. Le M.M.S.E est l'outil de surveillance des maladies neuro-dégénératives diagnostiquées. Il sera régulièrement répété afin d'adapter la prise en charge aux capacités cognitives.

L'établissement est conventionné avec le CH de Perpignan dans le cadre de la filière gériatrique ce qui permet de mettre en place des consultations mémoires et évaluations gériatriques.

Dès que des troubles cognitifs existent, le risque d'apparition de troubles du comportement est plus important (agitation, apathie, troubles de l'alimentation...). Pour les prévenir, on s'efforcera d'éviter tout changement non préparé, d'expliquer au résident ce qui va être réalisé, de ritualiser et de respecter ses rituels.

Également, l'établissement dispose d'un espace Snoezelen d'éveil des sens et du personnel formé (une formation est organisée régulièrement) mais il est encore sous utilisé.

Pour optimiser la prise en soins de ces résidents, il convient :

- De mettre en place des activités adaptées pour maintenir les capacités cognitives
- D'apprendre à connaître et repérer les troubles du comportement
- De développer l'utilisation de l'espace Snoezelen

La prévention du risque iatrogène

La complexité de la thérapeutique médicamenteuse des personnes âgées, fragiles, poly pathologiques et polymédiqués, qui est souvent légitime, nécessite une analyse approfondie de l'ordonnance pour optimiser les thérapeutiques :

- Adaptation des posologies (poids, IMC, fonction rénale,)
- Modalités d'administration (horaires, distance des repas, vigilance pour les thérapeutiques pilées, à la gestion des gouttes,)
- Pertinence des indications
- Durées de prescription
- Interaction médicamenteuse
- Indications non traitées
- Déclaration des effets indésirables

Le logiciel de soin de l'établissement est équipé d'une base de données médicale qui alerte sur les interactions médicamenteuses et les contres indications.

Le premier facteur de risque est le nombre de médicaments, avec des médicaments à index thérapeutique étroit et exposant à une toxicité dose-dépendante (toxicité augmente avec le nombre de prises)

Le deuxième facteur de risque est représenté par les modifications physiologiques du devenir du médicament chez le patient âgé. Ces modifications augmentent le risque d'interactions médicamenteuses.

Dans l'établissement pour limiter ce risque nous :

- Nous appuyons sur l'évaluation gérontologique standardisée qui va dépister les personnes âgées fragiles et donc à haut risque
- Développons la réflexion-bénéfice/risque pour les thérapeutiques à haut risque iatrogène

La prévention de la maltraitance

La maltraitance est plurifactorielle. Elle peut prendre une forme active ou passive, et son origine peut être humaine (agents, familles, résidents), environnementale ou sociale.

La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont prises en compte dans le projet de vie de l'établissement (fait pour rendre aux résidents leur dimension citoyenne), et par le projet de soins (fait pour personnaliser les prises en charge).

L'établissement a formé les agents à la prévention de la maltraitance et réalisé un protocole de définition et un protocole de gestion de la maltraitance

Le cas particulier de la contention (parfois nécessaire, parfois mal traitante) est évalué en équipe, et répond à un justificatif médical et à une prescription.

La prévention des infections associées aux soins

Les établissements médico-sociaux formalisent chaque année leur démarche de prévention des infections associées aux soins en renseignant un « document d'analyse du risque et de maîtrise du risque infectieux » (DAMRI).

Le DAMRI comporte 3 étapes :

1/ Evaluation du risque :

Recensement des épisodes infectieux survenus, détermination de leur criticité et hiérarchisation des phénomènes infectieux en fonction de leur criticité.

2/ Gestion du risque :

- Analyse du niveau de maîtrise interne du risque infectieux de l'établissement, cette étape pourra être réalisée à partir du manuel d'autoévaluation,
- Elaboration d'un programme d'actions (PA) prioritaires, qui devra porter une attention particulière sur des thématiques ciblées.
- Détermination d'un calendrier de réalisation du PA et de la périodicité des évaluations.

3/ Communication : Information à chaque étape de la démarche tous les acteurs concernés.

Le risque infectieux fait l'objet d'une attention particulière avec le concours de l'équipe d'hygiène hospitalière qui est prévenue et intervient en cas d'alerte. L'équipe intervient également pour prodiguer des formations et réaliser des audits réguliers.

Le DAMRI doit faire l'objet d'une actualisation et son plan d'actions doit être revu et mis en œuvre.

La prévention vaccinale et nosocomiale

La vaccination contre la grippe, COVID, le tétanos et le pneumocoque est effectuée, en l'absence de contre-indication.

La vaccination antigrippale et COVID sont prises en charge par la sécurité sociale pour la plupart des résidents et est effectuée, sur prescription du médecin coordonnateur, par les infirmières de l'institution, entre le 15 octobre et le 15 novembre de chaque année (inscrit dans les soins à signer). Pour les nouveaux

résidents, l'autorisation du résident ou de la famille est demandée avant la vaccination. Le refus de vaccination de la part des résidents est noté dans le logiciel de soins, partie consentement.

Le vaccin antitétanique peut être fait séparément ou associé au vaccin antigrippal. Le vaccin contre le pneumocoque est recommandé tous les cinq ans, sur prescription du médecin.

Les dates des vaccinations et le numéro des lots des vaccins figurent sur le dossier de soins.

Des protocoles d'hygiène adaptés au risque de transmission infectieuse sont formalisés dans des protocoles spécifiques. Des formations à l'hygiène et des évaluations périodiques des pratiques sont mises en place.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP03	Prévention et gestion des risques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Prévenir les escarres et la régression locomotrice	
Action	Remettre en place une évaluation initiale du risque d'escarres	2025
Action	Développer les conventions avec le médecin du CH spécialisé dans ce domaine	2025
Action	Poursuivre les formations du personnel sur les plaies et la cicatrisation	2025
Objectif	Prévenir les chutes et limiter la contention	
Action	Créer un atelier "équilibre" en interne	2028
Action	Déployer un système d'alerte électronique dans les chambres pour prévenir les chutes	2025
Action	Participer à santé expo par exemple pour achat de nouveaux matériels type hamac ou filet et se tenir informer des nouvelles évolutions	2028
Objectif	Prévenir la douleur	
Action	Nommer un référent douleur et formaliser la lettre de mission	2025
Action	Sensibiliser au recours à l'équipe mobile douleur du CHP	2026

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP03	Prévention et gestion des risques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer la structuration de la démarche de prévention et gestion des risques liés aux soins	
Action	Revoir la liste des référents thématiques et les mobiliser par lettre de mission	2026
Action	Programmer des "infos flash" sur ces thématiques (1fois par mois)	2025
Objectif	Prévenir les déficits sensoriels	
Action	Développer les Intervention Non Médicamenteuse dans l'unité classique (formation, temps de personnel dédié et ASG)	2028
Action	Former le personnel au repérage des troubles sensoriels	2028
Action	Assurer un meilleur suivi des prothèses (dentaire, auditive, lunettes)	2028
Action	Renforcer les formations des personnels soignants dans le domaine bucco-dentaire	2028
Action	Travailler au développement de la téléconsultation dans le domaine bucco-dentaire	2028
Action	Développer les conventions avec les dentistes	2028
Action	Systématiser un bilan sensoriel et bucco-dentaire pour tous les résidents	2026
Objectif	Prévenir les troubles nutritionnels et de déshydratation	
Action	Protocoliser la mise en place ciblée du manger-main en cas de besoin	2028
Action	Réfléchir à la diversification des menus de remplacement , aux menus plaisir et en texture modifié en collaboration avec l'équipe de la restauration	2028
Action	Sensibiliser les médecins traitant à la réévaluation des traitements en cas de déshydratation	2025

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP03	Prévention et gestion des risques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Prévenir l'isolement relationnel et la souffrance psychique	
Action	Développer les partenariats externes afin de lutter contre l'isolement social et affectif	2026
Action	Renouveler la formation des personnels sur le repérage des troubles psychiques	2026
Action	Former les professionnels sur la vie affective et sexuelle du résident	2025
Objectif	Prévenir le déclin cognitif et les troubles du comportement	
Action	Actualiser le protocole sur la gestion des troubles du comportement	2024
Action	Assurer la formation régulière des personnels à l'utilisation de l'espace Snoezelen	2025
Action	Développer les INM dans l'unité classique (formation et temps en personnel dédié)	2026
Action	Optimiser l'utilisation de l'espace Snoezelen (temps dédiés et planning d'utilisation)	2026
Action	Intégrer la thérapie Snoezelen dans les projets personnalisés en fonction des besoins et/ou attentes des résidents	2025
Objectif	Prévenir le risque iatrogène	
Action	Mettre en place en collaboration avec la pharmacie une procédure de restitution des toxiques inutilisés (sécurité du médicament)	2025
Action	Actualiser en collaboration avec la pharmacie une liste préférentielle de médicaments	2026
Action	Poursuivre la sensibilisation des médecins à l'utilisation de Netsoins pour la prescription	2025

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP03	Prévention et gestion des risques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Prévenir le risque infectieux	
Action	Actualiser le DAMRI et son plan d'actions	2026
Action	Acheter et renouveler le matériel de prévention du risque infectieux (colonne de soins par exemple)	2026
Action	Mettre en place des formations régulières sur l'hygiène des locaux	2028
Objectif	Prévenir le risque de maltraitance	
Action	Adapter la formation sur les risque de maltraitance à l'agent selon sa catégorie professionnelle	2028
Action	Sensibiliser tous les professionnels et les stagiaires au risque de maltraitance (repérage et signalement) au moins une fois par an	2028

Accompagnements spécifiques (PR2-SP04)

L'accompagnement psychologique

L'établissement dispose d'un temps de psychologue à hauteur de 30% qui a été augmenté en anticipation de la signature du prochain CPOM à hauteur de 50%. En effet, le retard accumulé pendant la période COVID nécessitait une action forte afin de réaliser l'ensemble des projets personnalisés.

Plus particulièrement, la psychologue :

- Participe à l'accueil des résidents : entretien d'accueil, recueil de données sur l'histoire et habitudes de vie, éclairage des équipes soignantes sur le profil psychologique du résident
- Assure le suivi et le soutien psychologique des résidents et des familles : accompagner les résidents et les familles à l'étape d'entrée en institution, réaliser les entretiens individuels, mettre en place des groupes de paroles, réaliser les bilans psychologiques et cognitifs, participer à l'élaboration de procédures et protocoles en lien avec le bien-être psychologique de la personne
- Contribue au maintien de l'autonomie : mise en place de tests d'évaluation cognitive, des troubles du comportement, de la personnalité ; réalisation d'ateliers/activités favorisant la stimulation cognitive notamment au jardin d'Eden
- Soutient l'écriture de projets individualisés : participation aux groupes d'écriture du projet d'établissement, réalisation des projets individuels des résidents, transmission des éléments nécessaires de l'histoire de vie des résidents aux professionnels de soins dans le cadre du secret partagé sur le logiciel de soins et en réunion pluridisciplinaire.
- Participe à la mise en œuvre des politiques de santé publique : la psychologue connaît les politiques de santé publique, les applique dans l'intérêt des résidents et forme et informe les équipes sur les thèmes retenus
- Accompagne à la fin de vie : accompagnement des résidents et des familles.

- Activités spécifiques : participation aux réunions de transmission ciblées toutes les semaines et aux réunions projets pour l'écriture et le suivi des projets de vie, participation aux réunions de coordination soignantes.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer l'accompagnement psychologique des résidents et des familles	
Action	Mettre en place des ateliers cognitifs avec les résidents	2026
Action	Relancer les séances Snoezelen (exigence de formation)	2026
Action	Associer les psychologues au déploiement de la politique de QVT	2025

Les autres accompagnements

Le choix des résidents est respecté pour toute intervention d'un professionnel extérieur (kiné, pédicure...).

- Les kinésithérapeutes interviennent sur prescription médicale. L'établissement souhaite que chaque Kinésithérapeute complète ses observations dans le logiciel de soins. Leur activité est encadrée par une convention. Toutefois, les conventions devront être actualisées ou un kiné salarié recruté pour améliorer la prise en charge globale et cohérente du résident.
- Les kinésithérapeutes, l'orthophoniste, la pédicure font un bilan d'entrée dans la prise en charge et doivent faire un bilan de fin de prise en charge à chaque renouvellement.
- La pédicure intervient à la demande du personnel et après accord du résident/famille.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer la coordination et la cohérence des interventions de kinésithérapeutes	
Action	Garantir la traçabilité adaptée des interventions des kinés sur netsoins	2028
Action	Renforcer le mode d'identification des kinés (badges, blouses)	2025
Action	Retrouver un espace pour une salle kiné avec du matériel dédié (fauteuil, déambulateur, table, espalier...)	2027
Action	Recruter un kiné salarié dans le cadre du tarif global	2028

L'unité de vie protégée

Présentation du projet de l'unité protégée

L'Unité de Vie Protégée (UVP) est un service de l'établissement créé pour répondre à une demande d'accompagnement spécifique. En effet, le vieillissement de la population augmentant le nombre des maladies neuro-dégénératives nécessite de trouver un accompagnement professionnalisé en institution.

Dans ce contexte, promouvoir le bien-être et l'autonomie physique et psychologique de la personne âgée est primordial, et les proches « aidants naturels » se trouvent souvent démunis. Ainsi, pour les personnes atteintes de ces maladies, être accueilli dans une petite unité de vie et de soins protégée permet de recevoir une approche personnalisée et adaptée à leurs besoins.

Le personnel formé à la prise en charge auprès de ce public, met en place collégalement un accompagnement particulièrement adapté à chacun. Le projet de cette unité s'inscrit en complémentarité du projet de l'ensemble de l'établissement et dans le cadre des recommandations et plans nationaux.

Valeurs partagées

La philosophie partagée par les professionnels exerçant à l'unité de vie se caractérise par une acceptation respectueuse des personnes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Cette acceptation se manifeste par un accueil et un accompagnement individualisé prenant en compte les attentes et les besoins particuliers et spécifiques liés aux troubles cognitifs et comportementaux.

- La douceur, la patience, l'empathie et l'adaptabilité sont des qualités requises érigées en valeurs fondamentales dans la relation aux résidents.
- La mesure entre la liberté et la sécurité, le respect des choix et des volontés exprimées sont aussi au centre des valeurs partagées
- Humanité, dignité, bienveillance : « bonne ambiance » et convivialité entre tous, agents, résidents, visiteurs : chaleur humaine, ambiance familiale, respect de la dignité (continuité de l'histoire de vie du résident), garantie de la sécurité des résidents et le climat de confiance.
- Solidarité : écoute et soutien aux familles, équilibre du triangle Familles / Agents / Résidents, respect des choix du résident, collégialité entre tous les professionnels
- Justice et Équité : avoir la même considération pour chacun quelque soient les différences, éviter les jugements, rester neutre
- Autonomie : accompagner et guider le résident, éviter de faire « à la place », respect et confiance dans les choix de vie du résident, préserver l'accomplissement des actes.

Missions et objectifs de l'unité de vie protégée

L'unité de vie protégée a pour mission de répondre aux objectifs du Plan Alzheimer et aux recommandations de bonnes pratiques en assurant la meilleure qualité de vie possible aux personnes accueillies, en leur conservant leur place de sujet à part entière et leur dignité.

Cette mission implique :

- La réalisation d'un projet personnalisé dans un cadre global permettant pour chaque résident la préservation des capacités
- Un accompagnement spécifique préventif et curatif des troubles grâce à une observation documentée des pratiques et de leurs effets et en privilégiant les approches non médicamenteuses lorsque cela est possible
- La sécurisation, le réconfort et l'aide aux résidents
- La participation active et l'offre de soutien à leurs proches associés au projet d'accompagnement
- L'organisation, la motivation et la formation des professionnels dans le cadre d'un travail transdisciplinaire

- Une architecture, des équipements et une organisation adaptée au public accueilli et aux conditions de travail des professionnels

Population accueillie

L'unité accueille 14 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée qui ont besoin d'une structure sécurisée. Ces personnes présentent des troubles liés à cette maladie avec les risques inhérents. Elles sont en perte d'autonomie et ont besoin d'un accompagnement qui les rassure dans les gestes de la vie au quotidien. Elles sont âgées de plus de 60 ans ou avant par dérogation.

L'unité conçue et organisée comme un lieu d'accompagnement non définitif permettant de répondre à un besoin d'une certaine période de la vie. Aucun critère de type religieux, philosophique, économique, social, linguistique, géographique... ne peut faire obstacle à l'accueil d'un(e) résident(e).

L'accueil peut se faire à différents stades de la maladie, de ses premiers symptômes aux phases plus avancées, à l'exception des personnes dont la mobilité du corps est très réduite sans évolution favorable à long terme. Cette mobilité sera réévaluée régulièrement.

Au cours du séjour, l'évolution de la dépendance et l'incapacité prolongée à se mouvoir, entraînera le transfert du résident dans l'unité classique plus adaptée, sur décision médicale après avis de l'équipe pluridisciplinaire. Le résident et la famille en sont informés et une date de transfert est déterminée. Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement précisent ces principes visant à assurer un parcours de soins adapté au sein de la structure.

Par ailleurs, l'unité n'a pas vocation à accueillir des résidents présentant des troubles du comportement d'origine psychiatrique sévères ou mettant en danger les autres. Si ces troubles se révèlent au cours du séjour, l'établissement se réserve la possibilité de demander un accueil dans une structure spécialisée. L'accueil d'un résident peut être remis en cause si celui-ci ou celle-ci ne parvient pas du tout à s'adapter, s'il refuse durablement sa situation, ou s'il ne peut tirer aucun bénéfice de l'accompagnement proposé dans l'unité de vie.

Modalités de changement au sein de l'unité protégée

Selon l'état de dépendance ou les troubles du résident, plusieurs options sont envisageables :

- Passage du secteur protégé vers le secteur ouvert.
- Passage du secteur ouvert vers le secteur de l'unité protégée

1) De l'unité protégée vers le secteur ouvert

Les critères favorisant le passage de l'UVP vers le secteur ouvert sont :

- Perte des capacités motrices entraînant une dépendance physique (utilisation d'un lève personne)
- Arrêt de la déambulation pathologique.

2) Du secteur ouvert vers l'unité protégée

Lorsque la personne a été admise en secteur ouvert et que les troubles comportementaux s'accroissent, un transfert vers l'unité protégée sur décision médicale après avis de l'équipe pluridisciplinaire est envisagé. La famille est alors informée des risques identifiés et des mesures de prévention envisagées.

Les troubles entraînant des risques peuvent être :

- Une déambulation avec mise en danger de la personne elle-même avec risque de fugues, l'ouverture répétée des portes de l'étage et risque de chute dans les escaliers.
- Une déambulation nocturne engendrant une nuisance pour les voisins de chambre, entrée inopinée dans les chambres des autres résidents.

Tout changement de secteurs doit faire l'objet d'une réunion pluridisciplinaire et être inscrit dans le Projet Personnalisé du résident.

Après décision médicale du changement de secteur, l'information est toujours donnée au résident et à son entourage et le consentement est recherché. Une visite de la nouvelle chambre et du nouveau secteur sont organisés. Une présentation de l'équipe a également lieu durant la visite de la nouvelle chambre.

Il peut également s'accompagner d'un temps d'adaptation du résident à son nouveau secteur, par une présence d'une demi-journée, parfois même le partage d'un repas dans la future unité.

A l'occasion de son transfert, le résident est accompagné par un membre de l'équipe qui assure la continuité de l'accompagnement avec la nouvelle équipe.

Le résident et la famille, ainsi que le médecin traitant sont informés et une date de transfert est déterminée. Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement précisent ces principes visant à assurer un parcours de soins adapté au sein de la structure.

Le transfert d'un résident d'une unité vers l'autre doit être inscrit dans le dossier de soins. Des transmissions écrites, retraçant les habitudes de vie du résident sont faites dans le dossier de soins, afin d'optimiser l'accompagnement de la personne sur le nouveau secteur et ainsi réduire les risques d'angoisse.

Cadre de vie et aménagement de l'unité

L'entrée de l'unité est sécurisée par un digicode.

L'unité dispose de plusieurs espaces communs : une salle de vie commune, un salon Télé, un salon dans la circulation, une salle d'activité et une salle d'eau commune. Elle dispose d'un espace snoezelen d'éveil des sens, accessible à tous les résidents de l'établissement. Une coursive est aménagée pour permettre la déambulation des résidents. Les soignants disposent d'espaces de stockage et d'une salle de soins et de transmission. L'unité dispose enfin d'un jardin clos qui sera réaménagé et d'une terrasse privative agréable l'été.

Concernant les espaces privés, les chambres sont identiques au reste de l'établissement. Elles peuvent être fermées à clef par les résidents ou le personnel. Elles peuvent toujours s'ouvrir de l'intérieur et avec un passe de l'extérieur. Les familles sont invitées à personnaliser la chambre.

Dans le cadre de ce projet d'établissement, l'EHPAD priorisera le réaménagement des différents espaces de vie de l'unité. Ainsi que le couloir de déambulation pour laisser place à une atmosphère plus chaleureuse et reposante.

Le mobilier sera également remplacé pour les espaces communs de l'unité (salons, salle de vie...) et à l'extérieur (mobilier de jardin, végétation...). En ce qui concerne le jardin, il sera retravaillé en prenant en compte les conditions climatiques de la région et un revêtement adapté sera posé pour permettre la déambulation. Un terrain de pétanque et d'activité sera étudié en son centre en lien avec les équipes.

Enfin, la décoration sera revisitée dans le cadre de la réflexion prévue sur la signalétique intérieure et la future identité de l'EHPAD et de ses unités.

Rythme de vie

Le fonctionnement est souple dans l'amplitude horaire et respecte chacun des rythmes des résidents.

Au réveil, les souhaits et besoins de chacun sont respectés. La journée est organisée en fonction du désir de chaque résident au jour le jour, ce qui implique une bonne connaissance globale de chaque résident par son dossier, son histoire de vie, ses proches.

Il est proposé et négocié par le dialogue un programme d'activités valorisant le résident.

La participation des résidents à leurs soins d'hygiène selon la technique de la toilette évaluative (méthode Gineste Marescotti) est proposée systématiquement. L'approche se fait par un contact doux, en soutenant le regard. Les valeurs de l'humanité® sont valorisées : le contrôle, la prise de décision, réduire les imprévus, favoriser l'égo, ainsi que les 4 piliers : La parole, le regard, le toucher, la verticalité.

L'important n'est pas le « nettoyage » mais le moment de plaisir des gestes assurant une hygiène suffisante. Pour certains résidents, une prise de rendez-vous peut permettre d'éviter le stress de l'imprévu.

Le petit déjeuner est organisé à partir de 8h et jusqu'à 9h en s'adaptant aux goûts de chacun. Le résident peut se servir lui-même seul, accompagné ou être servi.

L'équipe veille simplement à ce qu'un minimum de conditions d'hygiène et de sécurité soit respecté. Normalement, le petit déjeuner est servi dans la salle sauf pour raisons de fatigue ou problème de santé.

Normalement, le matin est plus consacré à des activités libres pour les résidents qui ont terminé leur toilette.

Au moment du repas du midi, les agents présents (une ASH et une AS/AMP) distribuent les repas et proposent l'aide alimentaire. Ceux qui le souhaitent peuvent aller à la sieste.

Pour les résidents qui restent dans la salle de vie, une animation est proposée tous les après-midis suivis d'un goûter. Après le goûter, les équipes proposent des ateliers (bien être, musique, sport adapté etc.).

Le soir, un temps calme est proposé avant le repas qui a lieu à partir de 18h. Les équipes accompagnent ensuite les résidents qui le nécessitent pour le coucher.

Animations et vie sociale

L'unité de vie protégée devra déterminer un programme d'animation hebdomadaire. Celui-ci fera le lien avec les projets personnalisés et permettra la participation régulière des résidents de l'unité aux animations collectives proposées dans l'unité classique, à l'accueil de jour et au Centre de Ressource Territorial, aux événements ou aux sorties. Des intervenants extérieurs sont amenés à intervenir dans le cadre de ce projet (sport adapté par exemple).

De préférence l'activité proposée sera ciblée sur un petit nombre de résident dans un espace et un temps adapté (salon TV, salle de vie, salle d'activité...). Il convient de noter que dans le projet de cette unité, le résident peut aussi rester inactif et que les activités sont adaptées aux situations du moment.

Les résidents sont invités à participer à tous les moments de la vie du service et en particulier :

- Les activités faisant l'objet d'une programmation hebdomadaire qui sera affichée lisiblement (ateliers, jeux de mémoire, chants, danse, lecture, boutique, tricot-couture, pliage de serviettes, jardinage, promenades, gymnastique douce, jeux de société...).
- Les animations exceptionnelles (sorties, repas à thème, spectacles, anniversaires, kermesse, fêtes des familles...).

Le programme est adapté en fonction des circonstances, et susceptible d'être modifié. Les activités sont proposées sans forcer la personne ni tenter de la raisonner lorsqu'elle refuse d'y participer. Des alternatives peuvent être alors proposées.

Malgré les difficultés relatives aux besoins en personnels qui peuvent être atténuées par le soutien de proches ou de bénévoles, des sorties extérieures devront être développées car très bénéfiques (balades, magasins, expositions, marchés...).

Des rencontres intergénérationnelles sont parfois organisées en particulier autour du jardin thérapeutique et devront être développées.

La liberté d'aller et de venir

Chaque fois que cela est possible sans mise en danger évidente, la liberté de circuler et de mener les actes de la vie quotidienne sont préservés. Ainsi, le résident reste un citoyen à part entière (sauf restrictions précises liées à des mesures de protection juridique).

Une annexe relative à la liberté d'aller et venir est rédigée et actualisée tous les six mois. Elle est annexée au contrat de séjour.

Place des proches dans la vie du service

Les familles, les amis, les voisins, les visiteurs sont chaleureusement accueillis dans une relation de confiance. Leur présence est très importante dans le cadre respectueux de la vie de l'unité.

Les proches (...) peuvent tous être « acteurs » dans l'accompagnement des résidents, chacun gardant son rôle et sa place, en fonction de chaque situation individuelle :

- Une participation aux repas et les divers actes de la vie quotidienne des résidents peuvent être possible selon les circonstances.
- Les proches sont invités aussi à participer à la vie de l'établissement et à ses instances : conseil de vie sociale, commission des menus.
- Les animations, activités et sorties sont particulièrement ouvertes à la participation de tous.

Les souhaits de proches de s'impliquer ou non dans la vie de la personne au sein de l'établissement seront respectés sans jugement.

Il n'existe pas d'horaires de visite mais il est préférable de privilégier les visites entre 11h et 20h comme pour l'ensemble de l'établissement. En dehors de ces horaires, il est conseillé de prévenir le service.

Les proches ont en charge les vêtements et produits d'hygiène personnelle des résidents et sont invités à transmettre les informations utiles au personnel.

Ils peuvent être sollicités pour aider à comprendre les habitudes de vie de leur proche à lors de la définition du projet personnalisé.

Les personnels sont à l'écoute et ne portent pas de jugement. Ils peuvent aussi guider et orienter les proches vers des aides compétentes (cadre de santé, infirmières, psychologue, médecins, association...).

Equipe pluridisciplinaire et formations spécifiques

L'équipe de l'unité de vie protégée est composée d'aide-soignante, d'AMP et d'ASH.

Le travail dans ce service est basé sur le volontariat des agents ce qui suppose qu'ils soient motivés. Toutefois, dans le cadre de la continuité du service, l'ensemble des agents de l'établissement sont susceptibles de travailler dans cette unité.

Les agents disposent :

- D'une part de compétences de base : techniques de soin, nursing, accompagnement à la vie quotidienne, « manutention », surveillance et capacité d'intervention, techniques d'hygiène et de sécurité
- D'autre part de compétences spécifiques : maintien de l'autonomie, attitude face aux personnes présentant des troubles du comportement (reformulation, la validation, la diversion, musique,) maîtrise de techniques d'animation adaptées.

Au-delà, d'autres professionnels doivent pouvoir être sollicités, sur la base du discernement et de l'analyse des situations, pour apporter leurs compétences complémentaires. Ces intervenants ponctuels interviennent chacun dans leur domaine : infirmière, psychologue, psychiatre de l'équipe mobile, pédicure, ergothérapeute, animateurs, cadre de santé, médecins généralistes, médecin coordonnateur, kinésithérapeutes. Des ateliers spécifiques sont organisés (chute, cognitifs, zoothérapie).

Les diplômes professionnels sont requis pour exercer dans le service : Assistante de Soins en Gériatrie (ASG), Aide-soignant, BEP Sanitaire et social ou Service aux personnes ou agent d'accompagnement auprès des personnes âgées dépendantes, auxiliaires de vie sociale.

La spécialisation d'assistant de soins en gériatrie (ASG) a été renforcée et tous les agents sont formés. Le renforcement et l'amélioration continue des compétences et des connaissances de l'équipe de cette unité est une priorité de ce projet d'établissement.

La démarche adoptée pour la réalisation de ce projet a été de se mettre à l'écoute des résidents de l'unité, de les interviewer afin de savoir comment ils vivaient le fait d'être dans une unité protégée et ce qu'ils attendaient de cette unité. Ils ont répondu avec leurs mots et leur sensibilité au personnel de l'Unité de vie protégée qui a de son côté exprimé ses souhaits concernant cette nouvelle unité ; cela se traduit par les actions suivantes :

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Développer et formaliser les animations et activités de l'unité protégée	
Action	Formaliser un planning d'animation sur 8 semaines en prenant en compte les ambiances tout au long de la journée	2024
Action	Coordonner les projets de l'UVP et le projet d'animation	2025
Action	Proposer des activités partagées avec les familles (café des familles, jeux de convivialité, ..)	2025
Action	Organiser régulièrement des sorties à l'extérieur de l'établissement, avec la participation des proches accompagnant	2025
Action	Proposer aux proches de participer ponctuellement aux animations et aux sorties	2024
Action	Développer et proposer des activités de « la vie quotidienne » : <i>carte à trier, chaussettes à trier et à plier, laine à enrouler et mettre des revues à disposition.</i>	2025
Action	Organiser un évènement pour inaugurer les nouveaux locaux et présenter aux familles le nouveau projet de service.	2025
Action	Fêter les anniversaires individuellement.	2026
Action	Autour du repas, faire comme à la maison : créer des bonnes odeurs qui évoquent la maison, préparer une soupe-maison une fois par semaine l'après-midi, demander l'aide des résidents pour mettre la table, débarrasser, laver et ranger la vaisselle.	2024

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Améliorer et optimiser l'organisation du travail	
Action	Redefinir le rôle des AS et des ASH et de la compétence ASG	2025
Action	Harmoniser les pratiques des professionnelles (programmer les tâches, répartir les rôles, valoriser les compétences des agents (INM))	2025
Action	Formaliser un protocole d'entrée et de sortie au sein de l'UVP	2024
Action	Prévoir une réunion commune toutes les 8 semaines (journée entière) pour des ateliers en équipe	2024
Action	Réduire la pénibilité et répartissant la charge de travail (semaines et tâches)	2026
Objectif	Adapter le lieu de vie aux besoins des résidents et de leurs familles	
Action	Réaménager la coursive avec six fauteuils légers	2026
Action	Réaménager le salon du fond avec une bibliothèque et une méridienne (couleur vert sauge)	2026
Action	Réaménager le salon TV (rideaux, télé au mur, couleur terracota)	2025
Action	Aménager un espace détente (fauteuils beiges, méridienne, rideaux, table basse, rétroprojecteur zen, murs vert sauge, plante, bandeau LED)	2025
Action	Orner les murs des couloirs par des photos « neutres » (pas des photos des résidents)	2026
Action	Personnaliser les chambres en interne si la famille est absente	2026
Action	Personnaliser la double porte d'entrée de l'unité et les issues de secours (Stickers / signalétique)	2025
Action	Redéfinir le thème et la décoration de l'unité en lien avec la nouvelle signalétique	2025
Action	Finaliser l'aménagement des extérieurs et du jardin	2027
Action	Reprendre les séances Snoezelen	2026
Action	Remplacer la colonne à bulle et le fauteuil de l'espace Snoezelen	2027

L'accueil de jour

Présentation du projet de l'accueil de jour

L'accueil de jour a pour objectif de préserver, stimuler et maintenir les capacités des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.

Le nombre de jours d'accueil est déterminé au cours de la visite de pré-accueil et redéfini en fonction du désir de la personne âgée, du bilan réalisé par les professionnels intervenant dans cet accueil et des attentes des aidants.

À tout moment, l'accueil peut prendre fin si la personne âgée en exprime le désir et si l'équipe rencontre des limites dans l'accompagnement de la personne accueillie (troubles du comportement, agressivité...). L'accueil de jour sera ouvert 5 jours sur 7, du lundi au vendredi de 10h00 à 17h00 sauf les jours fériés.

Un accueil en continu, pouvant aller jusqu'à cinq jours par semaine, sera envisagé en fonction des besoins et des attentes des personnes accueillies ainsi que leurs familles. La fréquence optimale de l'accueil est de trois fois par semaine. En fonction de l'état cognitif de la personne, des jours de présence lui seront proposés afin de l'intégrer au sein de l'unité selon ses besoins.

La pérennisation du projet d'accueil de jour et sa viabilité à long terme nécessitera de mettre en place une stratégie de communication dédiée pour améliorer la connaissance du service auprès des familles et de nos partenaires (cf. Processus Communication ci-après).

Valeurs partagées

L'accueil de jour s'inscrit pleinement dans les valeurs de l'établissement et l'application de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

A ce titre, l'accompagnement est individualisé en prenant en compte les attentes et les besoins particuliers et spécifiques liés aux troubles cognitifs et comportementaux.

Objectifs de l'accueil de jour

L'accueil en journée proposé par l'établissement vise plusieurs objectifs :

Pour les personnes âgées accueillies :

- Stimuler les fonctions à travers d'activités de la vie quotidienne
- Favoriser et améliorer les conditions de maintien de la personne à domicile (pour elle et pour les aidants)
- Redonner à la personne accueillie de la valeur dans les yeux des aidants
- Préparer l'entrée en Institution en familiarisant la personne (*et sa famille*) à l'EHPAD et rendre l'admission future moins difficile à vivre
- Rompre avec l'isolement et maintenir un lien social
- Favoriser la stimulation des fonctions cognitives afin de préserver un potentiel d'autonomie dans les gestes essentiels inhérents à la vie quotidienne
- Préserver l'autonomie de la personne via la mise en place d'un projet personnalisé d'aide, de soins et de diverses activités thérapeutiques

Pour les aidants :

- Permettre à l'aidant de récupérer et de se libérer du temps pendant la journée
- Se faire accompagner à travers une démarche d'aide, d'écoute, de soutien par la mise en place de groupes de parole et de rencontre organisée en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.
- Echanger avec d'autres familles qui ont les mêmes difficultés en confrontant les expériences lors des cafés des familles par exemple
- Profiter et participer à des collaborations et des temps d'échange avec l'équipe du service
- S'associer à des activités, sorties, fêtes, mettant en lien les personnes accueillies, les résidents de l'EHPAD, les bénévoles, les familles.

Pour l'établissement :

- Favoriser le décloisonnement en ouvrant l'accueil de jour à l'EHPAD et au CRT à travers des activités en commun
- Rompre l'isolement et restaurer le lien social en créant des dynamiques de rencontres avec les résidents de l'EHPAD et les autres accueils de jour en partageant des activités ou des temps d'échange.
- Fournir des Projets d'Accompagnement Personnalisés et des informations de suivi aux institutions qui accueilleront les personnes passées par l'Accueil de Jour afin d'optimiser la qualité d'accueil des futurs résidents

Population accueillie

Des critères d'admission sont établis. Ils sont les suivants :

- Critères médicaux : Une évaluation gériatrique préalable à l'admission est indispensable. Cette évaluation est basée sur l'avis d'une équipe pluridisciplinaire (médecin coordinateur, cadre de santé, ergothérapeute, psychologue, aide-soignante...). L'accueil de jour est proposé aux personnes âgées en perte d'autonomie ayant une mobilité avec appui, sans aide complète à l'alimentation, sans incontinence fécale. Il s'adresse à des personnes ayant conservé un minimum de verbalisation et de compréhension, un rapport à la réalité, à la marche, des capacités de manipulation même partielles, des besoins de contact et des capacités relationnelles à mobiliser.
- Critères cognitifs : selon l'évaluation cognitive, le degré de détérioration des fonctions cognitives et l'état psychologique de la personne, une prise en charge adaptée lui sera proposée selon les critères d'accueil et de l'organisation de la structure.
- Critères d'âge : Une dérogation est nécessaire pour les personnes de moins de 60 ans.
- Critères en lien avec la famille et les aidants : un épuisement des aidants important et l'isolement social de la personne

Des critères d'exclusion sont établis. Ils sont les suivants :

- Critères médicaux : Etat cognitif relativement préservé ou très altéré voire grabataire (ne permettant pas de communication verbale). Les personnes avec des troubles de déambulation et du comportement sévère. En effet, lorsque l'état d'un résident se dégrade fortement, il est recommandé de transférer le résident dans un autre service plus adapté.
- Critères géographiques : Les personnes accueillies ne doivent pas avoir, plus de 20 minutes de transport de leur domicile à l'accueil. En conséquence, les transports sont limités dans la zone de Pia, Clairac, Rivesaltes, Perpignan Nord, Saint Estève

Transports

Le transport est organisé par l'établissement. L'agent technique est en charge de cette prestation ou, à défaut, par l'agent en charge de l'accueil de jour si nécessaire.

L'établissement dispose d'un véhicule de service. Celui-ci devra être remplacé pour l'adapter au public transporté (cf. Sous Processus Transports).

Une facturation est établie au regard des tarifs fixés par le Conseil d'administration en référence aux dispositions réglementaires relatives aux frais de transports.

Cadre de vie et espace dédié

L'accueil de jour est situé dans une salle dédiée en rez-de-chaussée. La salle de vie dispose d'un accès en rez-de-jardin sécurisé.

L'espace est pensé pour faciliter l'orientation spatiale des résidents et sécurise la déambulation. Il est conçu pour assurer l'accueil de 6 personnes simultanément. La salle de vie est dotée d'une cuisine thérapeutique, un espace salle à manger/salle d'activité et un salon avec une télévision.

A ce jour, l'espace est insuffisant pour cette activité. Une réflexion est en cours pour relocaliser l'accueil de jour sur un autre lieu ou un autre site afin de disposer des espaces nécessaires à sa conformité au cahier des charges.

Rythme de vie et prise en charge

La journée en accueil de jour est organisée comme suit :

- Temps d'accueil des résidents et de leur famille à partir de 10h.
- Activité du matin (*lecture du journal, hydratation, réveil musculaire, échange/discussion en groupe*)
- Temps de repas à partir de 11h40
- Temps de repos (sieste, moment calme...) à partir de 13h15
- Activité d'après-midi et ateliers thérapeutiques à partir de 14h00
- Collation à 15h30
- Activité (*loto*) à 16h00
- Temps de préparation au départ des résidents à partir de 16h45
- Fin de l'accueil à 17h.

Dans le cadre de la prise en charge du résident, le respect inconditionnel de la personne présentant des capacités cognitives altérées nécessite de mieux comprendre son comportement via une attention bienveillante et empathique, afin de proposer des modalités de soutien et une organisation adaptée.

Pour cela, il est pratiqué :

- Une observation régulière de l'état général afin de signaler tout changement, négatif ou positif, à la famille (améliorations, participation mais encore des changements physiques tels que des hématomes, perte de lunettes et/ou prothèse auditive et/ou appareil dentaire, plaintes diverses, changements comportementaux...)
- Une évaluation de l'état nutritionnel par le suivi d'une courbe de poids pour chaque personne accueillie (pesée une fois par mois). En cas de perte de poids, l'équipe le signalera aux familles qui en informera le médecin traitant

- Un recueil formalisé par transmissions informatiques des troubles psychologiques et comportementaux observés, devant aboutir à un ajustement des pratiques
- Des réunions de travail guidées par une réflexion éthique, intégrant les risques de maltraitance, ainsi qu'une évaluation des activités mises en place pour en déterminer les apports et les limites de la prise en charge
- Un travail en équipe, notamment en cas d'évènement inhabituel ou situation complexe nécessitant un ajustement des protocoles internes en concertation avec les ressources spécifiques (équipe mobile gériatrique, service de géro-psycho-geriatrie)
- La psychologue et la cadre de santé pourront organiser des réunions individuelles avec les familles en fonction des observations de l'équipe (concernant la personne accueillie elle-même et/ou son entourage)

Pour chaque résident, un projet personnalisé sera mis en place 6 mois après son admission. Le projet prévoira notamment des activités tant ludiques que thérapeutiques animées par l'agent de l'accueil de jour. Ce projet personnalisé est établi conformément au processus d'élaboration et d'actualisation des projets de l'ensemble des résidents d'établissement.

Les personnes accueillies participeront par exemple aux tâches liées au moment du repas (mettre le couvert, préparation culinaire, débarrasser la table, ranger la cuisine...) dans une logique de réapprentissage des tâches quotidiennes.

Animations et vie sociale

L'animation se fait dans le respect des droits et libertés individuelles qui sont garantis à toute personne prise en charge. L'animation s'articule autour de 3 notions fondamentales constituant la base de sa dynamique, quel que soit le public accueilli : les désirs, les attentes et les besoins des personnes accueillies. Verbale ou non verbale, l'animation privilégie l'autonomie de la personne, le plaisir à faire ou à être, dans une ambiance conviviale et ludique.

- Préservation des acquis : à travers des sollicitations soit dans des actes de la vie quotidienne (mettre la table, préparer un dessert, ...), soit dans des ateliers spécifiques (jeux mémoire, gymnastique douce, balade, lecture à voix haute, ...), l'animation vise le développement de l'attention et de la concentration, la conscience de son schéma corporel.
- Estime de soi, expression personnelle : les animations concernées favorisent l'épanouissement personnel, valorisent la personne à un moment de sa vie où les incapacités progressent. Elles visent à retrouver ou préserver le goût, le plaisir de vivre.

En ce qui concerne la vie sociale, elle s'exerce à l'intérieur de l'accueil de jour à travers tout ce qui permet le partage, la rencontre (repas, fête, anniversaire, conversation, lecture à voix haute, ...), à l'extérieur à travers des sorties, courses, visites. Elle vient atténuer l'enfermement, l'exclusion que représente le handicap qu'il soit physique ou psychique. Elle permet d'appartenir à un groupe social.

Place des proches au sein de l'accueil de jour

L'accueil permet une participation active des familles par un soutien psychologique et en favorisant l'écoute et le conseil aux aidants. L'établissement associe et informe en continu les familles.

Elles seront systématiquement renseignées sur l'évolution de la maladie de leur parent. Les familles et les aidants sont reçus, à l'admission et lors de l'élaboration du Projet personnalisé. Elles bénéficieront par ailleurs d'un accompagnement personnalisé.

Les familles sont invitées à participer à la vie de l'accueil de jour, à ses activités et aux sorties organisées. Elles sont invitées à respecter le règlement intérieur de l'accueil de jour et les termes du contrat de séjour en fournissant tous les documents demandés pour l'organisation et le suivi de la prise en charge (ordonnances médicales...).

Equipe dédiée et interventions de l'équipe pluridisciplinaire

L'accueil de jour est organisé par la cadre de santé qui affecte un agent à ce service du lundi au vendredi. Une équipe pluridisciplinaire (personnels variés précités) est dédiée à l'accueil de jour. Afin d'assurer la continuité du service, d'autres personnels de l'équipe soignante peuvent être affectés à l'accueil de jour, notamment en cas d'absences de l'agent dédié. Le personnel affecté à l'accueil de jour est formé aux troubles du comportement et aux prises en charges spécifiques.

Des temps d'échange et de travail en équipe seront mis en place à fréquence d'une fois par mois et d'une fois par trimestre avec le médecin coordonnateur, la cadre de santé et la psychologue.

PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Améliorer la prise en charge personnalisée en accueil de jour	
Action	Individualiser les activités en fonction des PAP des bénéficiaires rédigés dans les 6 mois après l'admission.	2026
Action	Participation à la commission animation de l'établissement	2025
Action	Se Spécialiser pour devenir un accueil de jour de reference	2026
Objectif	Augmenter la capacité de l'accueil de jour	
Action	Adapter le projet à un passage de 6 à 10 places	2028
Objectif	Développer les actions entre l'accueil de jour et le CRT	
Action	Envisager des actions communes avec le CRT	2026
Action	Renforcer la communication de l'accueil de jour (plaquette)	2025
Objectif	Organiser plus de temps d'échange et de rencontre avec les familles et les aidants	
Action	Réfléchir à un espace d'échange avec les familles ou temps d'échange (café des familles et des aidants)	2026
Objectif	Revoir les espaces et les aménagements de l'accueil de jour	
Action	Trouver un emplacement adapté pour l'accueil de jour	2026
Action	Aménager le jardin dédié à l'accueil de jour (potager, jardin thérapeutique,...)	2026
Action	Prévoir une entrée séparée de l'EHPAD	2026

L'hébergement temporaire

Présentation du projet d'hébergement temporaire

L'établissement dispose de deux lits d'hébergement temporaire autorisés et installés. Ces places visent à accueillir des personnes âgées autonomes, semi-dépendantes ou dépendantes de façon ponctuelle. La durée de l'accueil ne peut excéder 90 jours par an, consécutifs ou non.

L'accueil en hébergement temporaire répond à un besoin spécifique et vise à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes en leur offrant une solution d'accompagnement en cas d'indisponibilité des aidants. Il donne aux aidants naturels un moment de répit pour se ressourcer. L'entourage ou la famille de ces résidents pourront recevoir une aide psychologique de la psychologue de l'établissement.

Le séjour temporaire peut servir de transition entre une hospitalisation et un retour à domicile, tout en apportant les soins et l'accompagnement nécessaires.

Au regard de l'évaluation pluridisciplinaire et de l'avis de la Commission d'admission, l'hébergement temporaire peut également préparer un hébergement permanent au sein de l'établissement lorsqu'il s'avère que la prise en charge à domicile n'est plus durable. A défaut, un hébergement permanent est recherché dans un autre établissement.

L'admission dans l'établissement s'effectue dans les mêmes conditions que lors d'un séjour permanent et le résident bénéficie des mêmes services. L'accent est toutefois mis sur un accompagnement particulièrement attentif et proche, en étroite collaboration avec son réseau relationnel. Le résident participe, selon ses préférences, aux animations organisées dans l'établissement, et peut ainsi progressivement s'y intégrer.

Objectifs de l'hébergement temporaire

Pour la personne accueillie, l'hébergement temporaire va permettre :

- De préserver des contacts sociaux et participer aux animations collectives, en tenant compte des capacités et des choix de la personne
- De partager des moments de bien-être et redonner du plaisir à la personne
- De proposer une alternative entre le maintien à domicile et l'entrée en institution ou entre une hospitalisation et un retour à domicile le temps de mettre en place des aides appropriées

Pour la famille, l'hébergement temporaire a pour but :

- D'apporter des informations, des conseils et un soutien à la famille et aux aidants en collaboration avec le médecin traitant
- De leur apporter un soulagement d'une durée déterminée dans la prise en charge à domicile de leur parent (vacances, aménagement du domicile...)

Population accueillie

Les critères d'admission sont identiques que pour l'hébergement permanent en termes d'âge et de dérogation éventuelle.

Modalités d'accueil en hébergement temporaire

Le dossier d'admission déposé est le même que celui d'hébergement permanent (cf. Processus Admission).

L'étude du dossier met en avant les raisons invoquées par les aidants pour bénéficier de l'hébergement temporaire ainsi que le plan de financement et les aides sollicitées auprès du Conseil départemental dans le cadre des dispositifs prévus.

L'accueil en hébergement temporaire s'effectue toute l'année, sous réserve de places disponibles, pour une durée maximum de 3 mois consécutifs. Les périodes peuvent être réservées à l'avance par les résidents ou leur famille.

L'admission se fait après avis de la Commission d'admission dans les mêmes conditions que pour l'hébergement permanent.

La commission d'admission se prononce au regard des places disponibles. Jusqu'à présent, les lits ne sont pas identifiés et l'établissement rencontre des difficultés à disposer de lits disponibles (basculement en hébergement permanent fréquent, etc.) au regard des demandes, qui sont par ailleurs faibles.

Une partie du coût de l'hébergement temporaire peut être financée par le Conseil départemental au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et de l'Aide sociale à l'Hébergement ou par d'autres dispositifs déployés par les pouvoirs publics.

Accueil temporaire d'urgence dans le cadre du CRT

Dans le cadre du projet du CRT, il est prévu la mobilisation d'une chambre d'hébergement temporaire spécifiquement dédiée à l'accueil urgent des bénéficiaires du volet 2.

Cette place a été accordée en 2024 et le projet doit être précisé notamment dans ses critères et modalités pratiques d'admissions. Un dossier en ce sens va être déposé.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Mettre en œuvre la stratégie d'hébergement temporaire de l'établissement	
Action	Mettre en place la place d'hébergement temporaire dédiée au CRT	2025
Action	Rédiger le protocole d'entrée et de sortie d'hébergement temporaire	2025

Le Centre de Ressource Territorial (CRT)

La mission de centre de ressources territorial (CRT) a été consacrée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Cette mission vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer de vivre chez elles. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée en institution.

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui sont toutes deux être menées conjointement par les centres de ressources territoriaux :

- Volet 1 – Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisées ou de locaux adaptés) ;
- Volet 2 – Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Genèse du projet

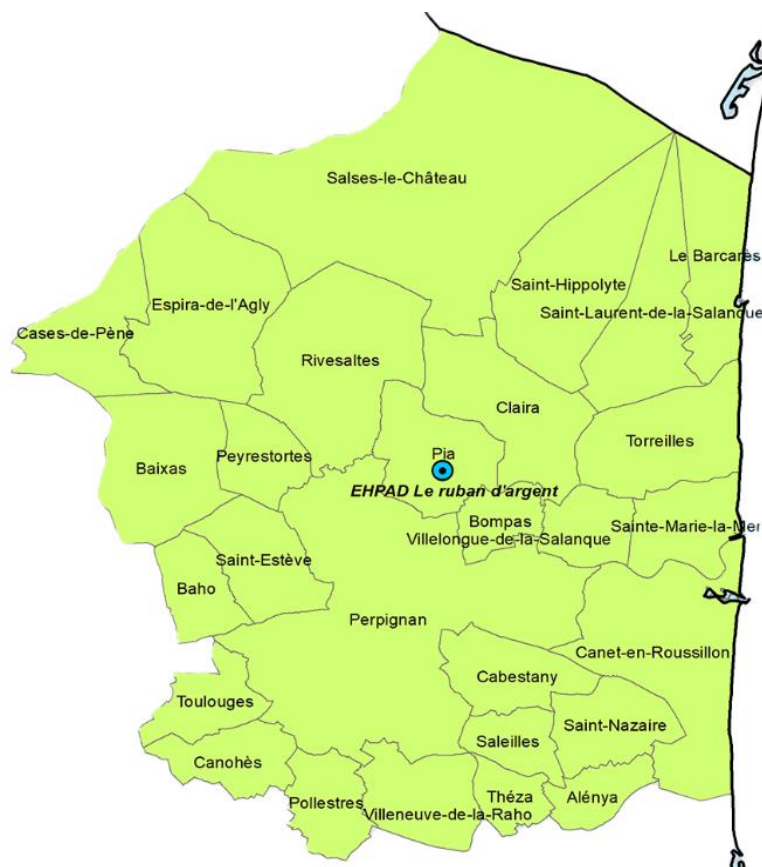
Le 16 mars 2023, l'ARS Occitanie a lancé un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour mettre en place plusieurs CRT dans chaque département.

La résidence Le Ruban d'Argent a fait acte de candidature, et s'est associée dans ce cadre à la résidence Les Camélias, en qualité de partenaire privilégié et porteur d'un dispositif innovant préfigurant les CRT. La candidature de la Résidence a été retenue par l'Agence Régionale de Santé Occitanie, par notification en date du 29 novembre 2023.

Le territoire du CRT

Le CRT proposé par la Résidence Le Ruban d'argent à Pia assure ses missions sur la zone territoriale incluant les communes suivantes :

Alenya, Baho, Baixas, Bompas, Cabestany, Canet en Roussillon, Canohès, Cases de Pène, Clairà, Espira de l'Agly, Le Barcarès, Perpignan, Peyrestortes, Pia, Pollestres, Rivesaltes, Saint Estève, Saint Hippolyte, Saint Laurent de la Salanque, Saint Nazaire, Sainte Marie La Mer, Saleilles, Salses le Château, Théza, Torreilles, Toulouges, Villelongue de la salanque, Villeneuve de la Raho.



Ce secteur a été identifié après un diagnostic territorial réalisé notamment sur la base d'une étude documentaire et des éléments apportés par le DAC66 et les cartes de l'ARS réalisé afin de cerner les besoins autour de l'EHPAD.

Organisation du Centre de ressource territorial

Le CRT fonctionne de manière coordonnée avec les services et établissements de son territoire.

Des conventions de partenariat sont en cours de signature précisant les modalités de collaboration avec les partenaires du domicile : SSIAD, SPASSAD et SAAD notamment, ainsi qu'avec les structures sanitaires du territoire.

Un Comité de pilotage restreint et un Comité de pilotage élargi sont mis en place, incluant les directions des acteurs du domicile, le DAC66, les services hospitaliers pour pouvoir avancer communément sur les projets du CRT. Un café des usagers assure la représentation des bénéficiaires et des aidants.

Les équipes de l'EHPAD sont associées aux actions du CRT de façon intégrée dans le volet 1 et en tant qu'acteur dans le volet 2 (accueil d'urgence, hébergement temporaire, accueil de jour...).

Ressources Humaines

Le CRT s'appuie sur une équipe de professionnels experts bénéficiant de l'expérience des deux projets innovants du territoire et du réseau déjà construit qui ne pourra que s'enrichir dans le cadre de l'évolution du projet.

Professionnel	Missions
Coordinatrice	-Interlocuteur unique pour les bénéficiaires du volet 2 -Coordination des acteurs et animation des partenariats - Animation des COPIL -Evaluations à domicile, Plan Personnalisé d'Accompagnement, mise en place de la téléassistance en lien avec le prestataire -Suivi de l'accompagnement des bénéficiaires du volet 2 -Organisation des actions de prévention du volet 1 notamment -Coordination des parcours : Chambre d'urgence, hébergement temporaire, accueil de jour, etc... -Astreinte possible (levée de doute, téléassistance week-end) en lien avec l'accompagnement soignant prévu dans le projet et les astreintes existantes - Lien avec la cadre de santé de l'EHPAD - Management de l'équipe pluridisciplinaire
Médecin coordonnateur	-Expertise médicale pour l'équipe du CRT - Evaluation gériatrique des bénéficiaires en lien avec l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre du volet 2 -Collaboration et lien avec les médecins traitants et équipes gériatriques spécialisées dans le cadre du volet 2 -Déploiement de la télémédecine pour les bénéficiaires du volet 2 -Proposition d'actions de formations/ informations (ateliers, etc) dans le cadre du volet 1
Ergothérapeute	-Evaluation ergonomique du domicile et des aides techniques dans le cadre du volet 2 - Evaluation de la mobilité du bénéficiaire (volet 2) -Adaptation du domicile en fonction des risques pour maintenir l'autonomie (volet 2) -Proposition d'actions de formation/ information (ateliers, etc) dans le cadre du volet 1
Psychologue	- Soutien et écoute des aidants et des bénéficiaires du volet 2 - Evaluation des troubles cognitifs et thymique à domicile - Diagnostic et orientation pour un suivi plus approfondis - Lien avec la Plateforme de répit des aidants - Proposition d'actions de formation / information (ateliers, etc) dans le cadre du volet 1
Diététicien	-Evaluation diététique à domicile pour les bénéficiaires du volet 2 -Suivi du poids pour les bénéficiaires du volet 2 - Lien avec les aidants et les services à domicile (portage de repas) dans le cadre du volet 2 - Proposition d'actions de formation / information (ateliers, etc) dans le cadre du volet 1
Assistante sociale	-Appui pour les démarches administratives des bénéficiaires de l'hébergement temporaire et d'urgence, du Dispositif Renforcé à Domicile, sortie d'hospitalisation, mesure de protection..... -Accompagnement et soutien des aidants - Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) -Proposition d'actions de formations/ d'informations
Aides-soignants / ASG	-Interventions en soirée (19h00-00h00) pour les bénéficiaires de l'accompagnement renforcé (volet 2) en complément des dispositifs existants déjà financés - Lien avec la plateforme de téléassistance et les autres dispositifs d'astreinte déjà financés - Interventions en urgence afin d'éviter les hospitalisations en soirée - Interventions thérapeutiques non médicamenteuses de soir ou de nuit
Animateur en prévention des risques et référent QVT	-Ateliers de prévention des risques et animation de la démarche de qualité de vie au travail pour les professionnels dans le cadre du volet 1 -Conseils, mise à disposition de ressources et interventions ponctuelles selon les sollicitations des partenaires -Mobilisation et animation du réseau des formateurs PRAP disponibles dans les EHPAD et services partenaires

Partenariats

Il semble essentiel pour la pertinence des actions du CRT, qu'il puisse s'entourer des acteurs locaux avec lesquels seront définis les grandes orientations, les besoins et les actions à mettre en place.

Une stratégie de coopération entre les acteurs du territoire a déjà été engagée ces dernières années grâce aux deux projets innovants déployés en 2021 et plus particulièrement ces derniers mois avec la rencontre des partenaires pour présenter le projet et affiner la réponse.

Le CRT s'appuiera sur une équipe de professionnels experts permettant le diagnostic et l'étayage à domicile quand il devient compliqué pour les acteurs du domicile. Il interviendra uniquement en complémentarité des acteurs déjà présents.

Ainsi, l'aide à la vie quotidienne sera effectué par des partenaires telles que les SPASAD, SAAD, des services de portage de repas avec lesquels le référent de parcours collaborera.

Le volet 1 : appui aux professionnels, aux aidants et aux personnes âgées du territoire

Les actions du volet 1 du CRT visent toutes personnes âgées de plus de 60 ans, sans condition de GIR et désireuses de préserver leur autonomie. Ce volet vise aussi à inclure dans ses actions les aidants et les professionnels du territoire des services, établissements et structures partenaires notamment.

Les personnes âgées du territoire sont invitées à participer aux ateliers du volet 1 sur inscription et après échange avec la coordinatrice afin de cibler leurs besoins et permettre l'organisation notamment des transports si nécessaire.

Les aidants et les professionnels des services partenaires (services à domicile, EHPAD, CPTS, MSP etc.) seront invités à participer aux ateliers organisés par le CRT ou par les partenaires (plateforme de répit, Caisses de retraite, selon leur programmation qui sera relayée par le CRT).

Les objectifs du volet 1 sont les suivants :

- Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention
 - Prévenir les chutes et œuvrer à la réalisation des objectifs du Plan antichute 2022-2024,
 - Participation active au déploiement de l'outil ICOPE en lien avec les Maisons de santé et les CPTS,
 - Proposer des prestations de télé médecine et télé soin,
 - Organiser des campagnes de sensibilisation sur la vaccination,
 - Permettre l'accès aux thérapies non médicamenteuses.
- Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants :
 - Contribuer au maintien du lien social,
 - Développer des actions qui concourent à renforcer les liens intergénérationnels,
 - Apporter un soutien aux aidants (psychologue du CRT et plateforme de répit des aidants) :
 - Permettre l'accès au numérique et aux droits
- Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques :
 - Partenariat avec l'équipe Parcours Santé pour personnes âgées des Pyrénées Orientales (EPS PA).
 - Organiser des actions d'information, de sensibilisation pour la prévention des risques et la qualité de vie au travail.

Le volet 2 : accompagnement renforcé

C'est un dispositif d'accompagnement renforcé à destination des personnes dépendantes (GIR 1 à 4) de plus de 60 ans souhaitant rester à domicile.

Une équipe pluriprofessionnelle intervient au domicile du bénéficiaire selon leurs compétences métier.

A ce titre, il s'agit notamment de :

- Travailler en coordination avec le médecin traitant et les intervenants du domicile pour soutenir la prise en charge de la personne,
- Réalisation d'un bilan global de la personne et de son environnement,
- Mise en place d'action pour maintenir et améliorer les capacités et la sécurité de la personne,
- Mise en place d'un service de téléassistance en cas de besoin,
- Accompagner l'aidant en lien avec la plateforme de répit
- Possibilité de faire intervenir un aide-soignant pour l'accompagnement des couchers tardifs
- Proposition d'ateliers collectifs (mémoire, mobilité, créatif...)

Véritable alternative à l'EHPAD, le volet 2 représente la mission principale du CRT sur son territoire.

Un staff a lieu tous les lundis et assure le suivi des prises en charge.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Directeur - IDE de coordination	
Objectif	Finaliser la mise en place du volet 1 du CRT	
Action	Finaliser le déploiement des ateliers prévus au cahier des charges	2025
Objectif	Structurer juridiquement les partenariats du CRT	
Action	Finaliser le conventionnement avec l'ensemble des partenaires du CRT	2026
Objectif	Améliorer la communication autour du CRT	
Action	Améliorer la communication interne et poursuivre la communication externe sur le CRT (Réseaux sociaux, événements, outils de communication)	2026
Objectif	Revoir les aménagements et l'environnement du CRT	
Action	Redéfinir la nouvelle signalétique à l'entrée du CRT	2025
Action	Reprendre le revêtement de sol du chemin d'accès au CRT pour éviter les chutes	2025
Action	Sécuriser les massifs du jardin en apposant des barrières et jardinières en bois à l'entrée du CRT	2025
Action	Installer la pergola sur la terrasse du CRT (et son mobilier de jardin)	2025
Action	Créer un terrain de pétanque partagé entre le CRT et l'EHPAD	2025
Action	Compléter le matériel dédié pour les ateliers du volet 2	2026
Objectif	Sécuriser les pratiques professionnelles au sein du CRT	
Action	Former les professionnels du CRT et de la garde IDE de nuit aux INM	2025
Action	Former les IDE du CRT et de la garde IDE de nuit à la rédaction des certificats de décès	2024

Le futur PASA

Dans le cadre du projet déposé en 2017, il est envisagé d'installer un Pôle d'activité et de soins adapté (PASA) en 2025 (sous réserve de validation par l'ARS).

Ainsi, un projet de service spécifique sera construit et annexé à ce projet d'établissement.

ACTIVITES, ANIMATIONS ET VIE SOCIALE (PR2-SP05)

Présentation du projet d'animation

L'animation est un élément déterminant de la qualité de vie en établissement. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (volonté d'individualisation des actions menées auprès des usagers) a généralisé la notion de projet d'animation dans les structures (cohésion sociale, vie sociale).

Objectifs du projet d'animation

Favoriser les relations sociales

Les relations sociales ne doivent pas être restreintes uniquement aux relations avec la famille et les professionnels. Le besoin d'appartenance à un groupe ou un réseau doit être maintenu. C'est ce lien entretenu avec autrui qui permet au résident de se sentir reconnu, d'exister dans la société (amis, voisins, associations...).

Pour éviter l'appauvrissement de ce tissu social qui peut conduire au sentiment de solitude et d'isolement, les ressources et les souhaits des résidents doivent être identifiées afin de maintenir la personne dans une dynamique de vie. L'évaluation gériatrique standardisée et le recueil lors de l'arrivée du résident permettent de recueillir les souhaits d'animation et le maintien des anciens liens sociaux.

Comme indiqué plus haut, le Conseil de Vie Sociale est une instance consultative sur toutes les questions de la vie de l'EHPAD. Elle est un lieu d'expression des résidents et de leurs familles. Les résidents connaissent par voie d'affichage la composition du Conseil de Vie Sociale et le compte rendu est diffusé aux familles. Les représentants des familles et des résidents sont consultés sur l'ordre du jour afin de recueillir les demandes en amont des séances. Un comité des résidents sera mis en place pour organiser le recueil des sujets à porter à la connaissance du CVS.

Une commission des menus permet aussi de recueillir leur degré de satisfaction et leurs suggestions sur les repas servis, de même qu'une commission animation concernant le programme des activités. La composition, le fonctionnement et les missions de ces deux commissions seront formalisés dans un règlement de fonctionnement spécifique.

Favoriser l'entretien des relations avec la famille et les proches

Le maintien des relations avec la famille et les proches est déterminant pour la santé psychologique du résident et contribue à son adaptation dans son nouvel environnement. En effet, le sentiment d'abandon est fréquent chez le résident dans les premiers temps de son entrée en institution même lorsqu'il a été associé à cette décision. Ce sentiment est renforcé par les pertes de repère occasionnées lors du changement du contexte de vie.

Pour répondre à cet objectif, l'équipe d'animation garantit les éléments suivants :

- Instaurer une vie quotidienne la plus clémente possible pour le résident en favorisant et en encourageant les visites sans contraintes d'horaires, en encourageant les visites des animaux de compagnie avec la participation des familles et des proches, en invitant les familles et les proches à partager des moments de convivialité, par exemple lors des manifestations festives qui se déroulent au sein de l'établissement.

- Intégrer les familles dans la vie de l'institution : si elles le souhaitent les familles peuvent être associées à l'organisation de certaines manifestations, et participer à certaines animations. Elles peuvent participer à des ateliers comme bénévoles.
- Sorties extérieures avec participation des familles (spectacles, restaurant, événements culturels...).
- Favoriser et développer les contacts avec la famille éloignée (développer l'usage d'internet, de la visioconférence et créer un espace numérique).

Faciliter l'adaptation de l'usager à sa nouvelle vie

Chaque résident va s'adapter de manière différente en fonction d'une part, de la préparation de son entrée avec son entourage, des conditions qui l'ont amené à décider de son entrée en institution, et d'autre part, de sa personnalité, de ses capacités physiques et ou psychologiques.

Pour faciliter l'adaptation de l'usager dans l'institution, l'équipe d'animation met en place les éléments suivants :

- Elle présente le résident : l'animatrice présente le nouveau résident dès son arrivée aux autres résidents (temps d'animation du jour).
- Elle participe à la réunion projet et à la définition du projet personnalisé.
- Elle veille à respecter les souhaits et les désirs de chacun,
- Elle veille à faciliter le maintien des habitudes de consommation dans la mesure du possible et selon les capacités du résident (coiffeur, achats divers en magasin...) et afin de préserver leur autonomie le plus longtemps possible.
- Elle invite chaque résident à personnaliser son espace de vie en encourageant le résident et son entourage à apporter des petits objets, petits meubles, photographies, des créations faites en animation).

Pour favoriser cette adaptation, l'établissement envisage de formaliser les éléments clefs de l'accueil des résidents par l'animatrice (remettre en place un cadeau de bienvenue.)

Favoriser la participation et l'implication des résidents

L'élaboration du projet personnalisé permet d'identifier les différentes expériences professionnelles et sociales du résident. L'équipe d'animation peut donc se saisir de ces informations et les valoriser pour encourager le résident à partager ses connaissances et son savoir-faire au sein de la structure, afin qu'il soit pleinement acteur de son séjour.

Sur le plan collectif, l'équipe d'animation doit :

- Solliciter le résident pour participer à des réunions et instances institutionnelles (CVS, CA, commissions des menus, commission d'animation...) afin de le rendre acteur dans l'institution.
- Répondre aux attentes des résidents lorsqu'ils sont force de proposition pour la mise en place d'activités spécifiques de groupe (cf. création d'un comité des résidents).
- Proposer aux résidents qui le peuvent de participer à des manifestations extérieures
- Informer et proposer l'animation « collective » du jour, par le biais d'un planning diffusé et à mettre en place dans un semainier.

Sur le plan individuel :

- Laisser le résident en position de choix et ce, quelle que soit sa pathologie.
- Investir le résident dans son projet personnalisé (soins-autonomie-vie).
- Maintenir l'implication de la personne accueillie « tant qu'il le peut » en lui laissant la possibilité de composer son emploi du temps quotidien (participer ou non aux activités, accomplir des services pour d'autres).

- Permettre au résident de se sentir reconnu au sein de l'établissement.
- Apporter une aide personnalisée aux résidents selon leurs demandes (réponse à un courrier, établir une commande, soins de bien-être spécifique, courses personnelles...)

Être acteur au sein de l'établissement (rôle de citoyen)

L'établissement a pour mission de promouvoir la citoyenneté afin d'encourager les personnes accueillies à exprimer leurs droits et se positionner en tant qu'acteur.

Afin de réaliser cette mission, l'établissement a identifié les objectifs suivants qui devront être renforcés :

- Informer les résidents de l'actualité de la société pour pouvoir réagir ; mise à disposition du journal et lecture collective.
- Solliciter la personne pour participer à la vie citoyenne et sociale (repas, fêtes calendaires).
- Organiser et proposer un accompagnement lors des périodes d'élection (locales, législatives, présidentielles, européennes).
- Encourager les sorties culturelles (musée, évènement sur le patrimoine local...).
- Permettre la pratique du culte à la demande du résident
- Solliciter le résident pour participer aux rencontres intergénérationnelles (enfants des écoles, lycée agricole, enfants du personnel, périscolaire, accueil de loisirs).
- Participer à la vie culturelle de la commune (Expositions...)
- Proposer des visites au cimetière pour les personnes concernées

Proposer des activités innovantes et adaptées à chacun

Chaque résident doit trouver sa place dans l'institution. Le recueil de données, l'élaboration du projet personnalisé doit permettre d'identifier les capacités physiques et cognitives du résident ainsi que ses motivations. Cette analyse doit permettre de mettre en place des animations, des activités adaptées et d'innover dans le choix de celles-ci au quotidien.

Pour cela l'équipe d'animation doit varier les activités et être en quête permanente de nouvelles idées et divers projets vont structurer ce projet d'animation (création d'un poulailler, accueil d'animaux, d'un terrain de pétanque, d'un potager, revoir les espaces et leur vocation...).

Au-delà des animations organisées par l'établissement, l'association Les Amis du Ruban d'argent permet de compléter le panel proposé d'animations et de sorties. Cette association autonome est composée de membre des familles et du personnel de l'établissement.

Elle organise divers évènements et perçoit une subvention annuelle de l'établissement. Grâce à son action, des sorties sont organisées au profit des résidents (séjour à la montagne, restaurants, sortie à la plage, pique-nique, le tout sur des sites adaptés aux personnes âgées et à mobilité réduite...) et des évènements au sein de l'EHPAD (vide grenier, fête des vendanges, etc.).

C'est un soutien très important à la politique d'animation de l'établissement et l'engagement des membres de l'association bénéficie d'un plein soutien de la Direction de l'établissement.

Mise en place des animations

L'équipe d'animation

Au sein de l'établissement, une animatrice est la référente de l'animation. Elle est assistée d'une aide animatrice afin de permettre une présence également les weekends et donc des animations du lundi au dimanche.

Les animatrices interviennent chaque jour de la semaine de 09h45 à 17h15.

Les animatrices doivent faire preuve de souplesse pour modifier leurs horaires en fonction des situations et manifestations organisées.

Le rôle de l'animatrice est de favoriser et de maintenir les liens sociaux, relationnels et culturels entre résident/famille/animateur et l'équipe pluridisciplinaire, stimuler les fonctions physiques et cognitives, maintenir l'autonomie en tenant compte des besoins, des désirs et des souhaits, et des centres d'intérêts des résidents.

L'animateur a une relation privilégiée avec les résidents et les familles en raison de son rôle, ce qui lui permet d'être médiateur entre résident/famille et équipe soignante. Il doit se référer au cadre de santé ou au Directeur pour les décisions importantes ou pour transmettre des informations en lien avec l'accompagnement du résident.

Ce travail d'équipe permet de tenir compte des dimensions sociales, relationnelles, affectives, psychologiques afin d'élaborer ensemble le projet personnalisé des résidents.

Les fonctions principales de l'animateur :

- Élaborer et mettre en place des projets d'animation (réalisation de fiches techniques d'animation, évaluation et suivi de l'animation sur le logiciel de soins).
- Apporter des aides dans les actes de la vie quotidienne des résidents (aide à la lecture et à la rédaction de courriers, aide pour les déplacements, soutien psychologique...) et répondre aux besoins de chacun pour améliorer leur qualité de vie dans l'établissement.
- Entretenir des liens étroits avec les familles, notamment les informer de la participation aux animations de leur proche, répondre et écouter leurs demandes, les solliciter pour participer à la vie de l'établissement.
- Accueillir et encadrer les bénévoles (ateliers, projets, culte...)
- Accueillir et encadrer les stagiaires
- Proposer des activités diverses et variées le matin et l'après-midi
- Rechercher des moyens humains (familles, bénévoles, intervenants), financiers et matériels (Association Les Amis du Ruban d'argent, EHPAD, Commune, Conseil Départemental...) pour la réalisation des différents projets d'animation (aussi bien les projets d'animation du quotidien que pour des projets plus conséquents : séjours, vacances, sorties...).
- Organiser les moments de recueillement et la communication lors des décès (chevalet dans le hall, etc.)
- Décorer les lieux de vie en fonction des saisons et des fêtes
- Maintenir les acquis et investir les résidents à travers des actes de la vie quotidienne (plier du linge, arroser les fleurs...)
- Aide et accompagnement lors de soins de bien-être (individuel) et pour les rendez-vous chez le coiffeur ou les autres intervenants.

Les activités proposées

Les activités, animations ou ateliers sont proposés selon le planning des animations affiché à la semaine et dans le semainier confectionné par les animatrices et les résidents.

L'animatrice doit transmettre les informations régulièrement dans le dossier informatisé du résident. Ces transmissions se font par résident et par activités au regard des animations réalisées dans la journée.

Elles doivent encore être encouragées et développées dans le logiciel de soins via une actualisation régulière des activités référencées.

Des activités à la semaine :

- Des activités motrices, notamment des jeux d'adresses (quilles, jeux de ballons...), ainsi que des promenades
- Des activités manuelles, créatives (collage, peinture,...) ; les objets confectionnés par les résidents servent à décorer l'établissement en fonction des périodes de fête ou des saisons.
- Un atelier de cuisine thérapeutique, préparation de gâteaux, etc. Cette activité est toujours très appréciée car elle permet de se remémorer des recettes et astuces d'autrefois.
- Des activités ludiques, jeux de société en fonction des envies des résidents, le loto tous les vendredi et le dimanche.
- Des activités de multi-expression : chant, danse, lecture de contes,...
- Des activités de stimulation cognitives faisant appel aux connaissances et à la mémoire ont été mises en place (jeux de mots, baccalauréat, le pendu, quizz...)
- Des activités en extérieur : celles-ci ont lieu ponctuellement mais doivent être développées en fonction des saisons.
- Le journal est également lu quotidiennement avant le repas de midi et pour les personnes qui le demandent l'animatrice aide à la rédaction du courrier.
- Des temps d'échanges individuels et des sorties sont proposées aux résidents ne souhaitant pas participer aux activités avec le reste du groupe.

Des activités au mois :

- Activités religieuses, une messe est prononcée tous les mois, le mercredi matin, par le prêtre du village.
- Activités soins de beauté proposées le mardi après-midi.
- Soins de coiffure pour les résidents qui le souhaitent une fois par semaine par une coiffeuse habilitée.
- Des animations musicales sont proposées aux résidents le samedi au moins une fois par mois pour la fête des anniversaires du mois autour d'un goûter.
- Venue de bénévoles : les blouses roses toutes les semaines (les mercredis).

Des activités aux périodes de fêtes :

Pour Pâques, les enfants du centre de loisirs de Pia, les enfants du personnel et les arrières petits-enfants des résidents, viennent chercher les œufs de Pâques cachés dans le jardin de l'EHPAD.

Au début de l'été, la fête des familles est organisée avec la participation des familles, des professionnels et de tous les résidents (secteur ouvert et sécurisé). Également, une fête des vendanges est organisée par le biais de l'association Les amis du Ruban d'argent.

Pour Noël, nous organisons un gouter festif avec tous les résidents, leurs familles et les professionnels, en présence du Conseil d'administration.

Participation aux animations

La participation aux animations est libre. Afin de favoriser la participation, le planning des animations est présenté lors de l'entrée du nouveau résident, ses souhaits de participations sont recueillis. Les personnes

dépendantes vont quand même en animation et participent par des expressions non verbales. Les objectifs en matière d'animation sont recueillis lors de l'élaboration du projet personnalisé (en lien avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire, médecin coordonnateur, psychologue, cadre de santé, référent AS).

Pour l'instant, des activités collectives sont principalement réalisées. L'animatrice propose toutefois des temps individuels lors des activités de soins esthétiques, de massage des mains, de coiffure par exemple.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR2 - SP05	Activités, animations, vie sociale	
Co-pilote	Animatrice	
Objectif	Favoriser les relations sociales	
Action	Identifier les liens sociaux à maintenir lors de l'entrée (amis, réseaux anciens, activités associatives...)	2026
Objectif	Favoriser l'entretien des relations avec les familles et les proches	
Action	Encourager les familles à s'impliquer comme bénévole (flyer de l'association, etc)	2025
Action	Mieux communiquer avec les familles sur la participation aux activités et sur le programme d'activité	2025
Action	Mettre en place une plateforme numérique dédié aux résidents et aux familles (accès internet, visioconférence, etc).	2026
Objectif	Favoriser l'adaptation du résident à sa nouvelle vie	
Action	Remettre en place un cadeau de bienvenue dans la chambre du nouveau résident	2025
Objectif	Renforcer la participation des résidents aux actes de la vie quotidienne à travers les projets personnalisés	
Action	Définir les actes de la vie quotidienne pour lesquelles les avis des résidents sont recherchés (mettre la table, arroser les plantes, s'occuper de son linge, distribution du courrier, du journal, repas thérapeutiques)	2025
Objectif	Favoriser la participation et l'implication des résidents	
Action	Développer la traçabilité des activités réalisées avec les résidents en collectif ou en individuel	2026
Action	Renforcer la participation des résidents aux actes de la vie quotidienne à travers les projets personnalisés : distribution du courrier, journal,,,	2025
Action	Clarifier et formaliser les modalités de réunion de la commission d'animation et des menus (règlement de fonctionnement)	2026
Action	Renforcer la communication autour des animations proposées (programme diffusé en amont sur les écrans)	2025
Action	Mettre en place des annonces sonores pour les moments forts de la journée (repas, évènements...)	2027

Objectifs et actions à réaliser		Echéance
PR2 - SP05	Activités, animations, vie sociale	
Co-pilote	Animatrice	
Objectif	Etre acteur au sein de l'établissement (rôle de citoyen)	
Action	Recueillir lors de l'admission et lors du PP le souhait de vote du résident	2025
Action	Mettre en place une communication systématique avant chaque scrutin (affichage, écran, point lors du journal)	2026
Objectif	Proposer des activités innovantes et adaptées à chacun	
Action	Mettre en place des groupes d'animation différenciés en fonction des capacités des résidents	2025
Action	Relancer les séances de cinéma (interne ou externe)	2025
Action	Créer un poulailler (projet à construire et referendum)	2026
Action	Relancer l'activité de jardin thérapeutique	2026
Action	Remettre en place une sortie extérieure hebdomadaire	2025
Action	Se former à la méthode MONTESSORI	2025
Action	Construire un catalogue d'activités basé sur la méthode MONTESSORI	2025
Action	Réorganiser le service animation (temps administratif, équipe, planning, ...)	2025
Action	Mettre en place un projet en lien avec une console de jeux et l'écran DIGIT	2026
Action	Participer au forum des associations chaque année	2028
Action	Améliorer la communication sur les réseaux sociaux (Instagram...) et la mairie	2026
Action	Etablir le programme des animations avec l'Unité de Vie Protégée (UVP)	2025

FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT (PR3)

PROCESSUS REALISATION	
PR3	Fin de l'accompagnement
Pilotes	Médecin coordonnateur - Cadre de santé
Finalité du processus	Ce processus vise à garantir un accompagnement efficient et adapté lors de la fin du séjour du résident. Cette étape est appréhendée à travers la mise en place des mesures relatives à l'accompagnement à la fin de vie et aux soins palliatifs mais également l'organisation des sorties des résidents et la gestion des décès au sein de l'établissement.
PR3-SP01	Accompagnement à la fin de vie et soins palliatifs
PR3-SP02	Sortie des résidents
PR3-SP03	Décès des résidents

Accompagnement à la fin de vie et soins palliatifs (PR3-SP01)

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Le refus de l'acharnement thérapeutique ne signifie pas un abandon des soins, mais justifie un accompagnement visant à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la souffrance morale. La personne doit pouvoir vivre le terme de son existence dans les conditions qu'elle souhaite, respectée dans ses convictions et écoutée dans ses préférences.

Les situations impliquant des prises de décision complexes sont fréquentes et nécessitent une réflexion interprofessionnelle et interdisciplinaire. Dans des situations palliatives, il s'agit donc d'administrer des soins actifs qui ne sont pas nécessairement techniques, délivrés dans une approche globale d'une personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Ils visent en particulier à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne et à soutenir son entourage.

Les soins palliatifs se distinguent des soins terminaux qu'ils dépassent largement : *« les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, en phase évoluée ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle à brève échéance. Ils sont coordonnés et pratiqués par une équipe pluridisciplinaire. Il s'agit d'assurer le confort de la personne âgée jusqu'au bout en l'accompagnant dignement. Le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. »* (Programme national de développement des soins palliatifs – Loi du 22 avril 2005).

L'établissement a signé une convention avec l'Equipe mobile de soins palliatifs. Le choix de l'équipe soignante est de faire appel à cette équipe pour des situations individuelles en appui de l'équipe ou en soutien des familles.

L'équipe soignante veille à :

- Respecter le choix de la personne âgée dans le respect de sa dignité de ne pas être hospitalisé ou de ses volontés ou rituels de fin de vie

- Mettre en œuvre les soins de confort les résidents et soulager leur douleur
- Soutenir les familles

Lorsqu'un résident est en fin de vie l'équipe décide de manière collégiale la mise en place des soins de confort, de menus plaisir et veille à respecter ses choix. La difficulté permanente est de qualifier la notion de fin de vie, l'état de santé du résident peut en effet s'améliorer. Les soins mis en place doivent donc être régulièrement réévalués.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR3 - SP01	Accompagnement à la fin de vie et soins palliatifs	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer l'accompagnement à la fin de vie et aux soins palliatifs	
Action	Améliorer la communication sur la fin de vie au sein de l'équipe (transmissions, médecins traitants, etc)	2025
Action	Poursuivre les formations sur l'accompagnement à la fin de vie	2028
Action	Optimiser le recours à l'équipe mobile de soins palliatifs et à la HAD lors des situations de fin de vie	2027
Action	Réfléchir en équipe sur l'accompagnement en fin de vie du résident (organisation de la chambre, lumière tamisée, musique...)	2025
Action	Mettre en place un kit de massage pour l'accompagnement en fin de vie	2026

Sortie des résidents (PR3-SP02)

En dehors des décès constatés au sein de l'établissement, l'EHPAD organise chaque année plusieurs transferts de résidents dans le cadre des parcours de soins ou de choix personnel des familles et des résidents.

Dans le cadre du parcours de soins des résidents, des transferts peuvent être organisés vers un établissement plus adapté à la prise en charge requise (UHR, UCC, services de gériatrie-psychiatrie). L'évaluation médicale et pluridisciplinaire sert de base à la prise de décision dans le cadre d'une demande de transfert.

Les transferts pour raison personnelle ont lieu le plus souvent d'un établissement médico-social à un autre dans le cadre d'un rapprochement familial. Également, des retours à domicile sont possibles dans certains cas.

Dans l'ensemble des cas, un transfert n'est pas anodin pour le résident et sa famille, qu'il s'agisse des démarches à engager et du changement dans les habitudes de vie que cela implique. Le transfert est organisé par le médecin traitant, le médecin coordonnateur et la cadre de santé en impliquant l'ensemble des acteurs de l'établissement si nécessaire (psychologue). L'ensemble des démarches et le suivi à mener devront être formalisés dans un protocole dédié.

Dans le cadre de la direction commune, il est prévu un temps d'assistante sociale qui pourra être mobilisé pour étayer les demandes de transfert ou de retour à domicile (en lien avec le CRT également).

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PR3 - SP02	Sortie des résidents	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Améliorer l'organisation et la gestion des sorties de l'établissement	
Action	Formaliser un protocole sur la gestion des sorties de l'établissement (transferts, etc)	2026

Décès des résidents (PR3-SP03)

Le décès d'un résident est toujours un moment douloureux pour la famille, les équipes et l'institution. Ce moment de deuil doit faire l'objet d'une attention spécifique de l'ensemble du personnel quel que soit son statut ou sa fonction, en prenant en compte les dimensions de dignité, d'empathie et de prise en charge de la douleur des proches.

Il s'accompagne d'une prise en charge technique, psychologique et administrative dont les étapes sont formalisées dans un protocole dédié qui devra être actualisé afin de prendre en compte tous les aspects du processus et notamment l'accompagnement après le décès par l'ensemble des acteurs internes et externes disponibles.

Objectifs et actions à réaliser		Echéance
PR3 - SP03	Décès des résidents	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Améliorer l'accompagnement lors des décès	
Action	Revoir et actualiser la procédure "Décès"	2025
Action	Créer un espace de recueillement pour les familles dans un salon d'angle du premier étage (cloisons modulables)	2027

RESSOURCES HUMAINES (PS1)

PROCESSUS SUPPORT	
PS1	Ressources humaines
Pilotes	Directeur - Gestionnaire RH
Finalité du processus	Ce processus vise à garantir l'adéquation des ressources humaines aux missions de l'établissement et aux prestations rendues tout en garantissant le bien être au travail des personnels employés. Ce processus, aussi nommé projet social, comprend différentes étapes essentielles reprises dans les différents sous processus permettant une organisation et des conditions de travail en constante amélioration au bénéfice de l'ensemble des personnes accueillies.
PS1 - SP01	Recrutement, accueil et intégration des nouveaux agents
PS1 - SP02	Emplois, carrières, rémunération
PS1 - SP03	Développement des compétences et politique de formation
PS1 - SP04	Prévention des risques professionnels et qualité de vie au travail (QVT)
PS1 - SP05	Organisation du travail et gestion du temps de travail

Le projet social transcrit la politique sociale de l'établissement en définissant des objectifs partagés par l'ensemble du personnel. Ce processus retranscrit le volet social du projet d'établissement.

Le décret no 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux fixe le contenu minimal du projet d'établissement et notamment quelques détails relatifs au projet social.

En effet, le projet doit préciser « les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle » ou encore « les catégories de professionnels de l'établissement ou du service, ainsi que les orientations en matière de formation au regard des publics accueillis ou accompagnés et, le cas échéant, les modalités de supervision des professionnels et des bénévoles ».

Les données à exploiter sont issues des indicateurs du Rapport social unique (RSU) en cours de déploiement.

Ainsi, les objectifs généraux définis par le Projet Social de l'établissement sont :

- **Des effectifs suffisants pour garantir l'efficacité et la qualité au-delà de la simple efficience**

L'établissement souhaite parvenir à faire évoluer le tableau des effectifs afin de garantir une prise en soin et un accompagnement de qualité. Par ailleurs, le tableau des effectifs doit tenir compte des particularités de l'établissement (par ex. les surfaces importantes des locaux / nombre des ASH ou la volonté d'assurer une continuité du service Animation toute la semaine, Week end compris / effectif du service).

- **Des agents formés, qui évoluent, qui s'impliquent et dont la valeur professionnelle est reconnue**

L'établissement emploie des agents formés et diplômés. L'équipe est expérimentée mais elle nécessite un plan de formation continue et développé en constante évolution pour faire face à la dépendance accrue des résidents accueillis.

Par ailleurs, l'établissement souhaite pouvoir reconnaître la valeur professionnelle de chaque agent, dans la mesure des possibilités règlementaires, et toujours dans un souci d'équité. Cette reconnaissance passe par l'évaluation annuelle de chaque agent quel que soit son statut et par l'accès au statut de fonctionnaire dans la mesure de l'ouverture des postes.

- **Des conditions de travail optimisées et négociées**

Dans la mesure des possibilités et des marges de manœuvre dont on dispose, et en termes d'organisations, l'établissement privilégie la mise en place d'organisations de travail concertées. Les plannings évoluent régulièrement pour s'adapter aux besoins des résidents en constante évolution (selon l'évolution de la dépendance des résidents et selon les souhaits des équipes).

L'objectif est de favoriser le bien-être au travail, sans toutefois perdre de vue que le résident est au centre du dispositif et que les organisations doivent avant tout partir des besoins et des prises en charges requises.

Recrutement, accueil et intégration des nouveaux agents (PS1-SP01)

Le recrutement

L'établissement réceptionne de nombreuses candidatures spontanées ce qui tend à démontrer que la structure jouit d'une bonne réputation.

L'établissement ne rencontre pas de problème de recrutement, bien que certains métiers soient plus en tension que d'autres (ex : infirmiers, ergothérapeute, aides-soignants à certains moments de l'année).

L'établissement procède majoritairement à des recrutements de remplaçants.

Elle reçoit un nombre important de candidatures spontanées par différents canaux. Ces candidatures sont conservées sous format numérique dans un fichier nommé « CV THEQUE » classée par métiers durant un an.

La procédure de recrutement est formalisée. Elle comporte 5 grandes étapes que sont :

1. La diffusion de l'offre d'emploi ;
2. La réception des candidatures ;
3. La sélection des candidats ;
4. L'entretien ;
5. Le choix du candidat retenu.

L'établissement s'interdit de faire toute discrimination, à l'embauche et au travail (cf. article L1132-1 du Code du Travail). Aussi, les éléments suivants ne sont jamais pris en compte pour choisir un candidat :

- Son origine ;
- Son genre ;
- Ses mœurs ;
- Son orientation et identité sexuelle ;
- Son âge ;
- Sa situation de famille ;
- Une situation de grossesse ;
- Ses caractéristiques génétiques ;
- Son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation ou une race ;
- Ses opinions politiques ;
- Ses activités syndicales ou mutualistes ;
- Ses convictions religieuses ;
- Son apparence physique ;
- Son nom de famille ;
- Son lieu de résidence ;

- Son état de santé ;
- Une situation de handicap.

Les critères de choix des candidats portent principalement sur :

- Les formations / qualifications : en effet, l'établissement s'assure que les agents disposent des diplômes requis pour exercer l'emploi pour lequel ils sont recrutés ;
- L'expérience professionnelle, selon l'emploi proposé. En effet, pour un poste de responsable de service, l'expérience réussie est un atout. En revanche, mixer les équipes avec des agents dont c'est le premier poste et des anciens est une bonne stratégie pour le croisement des regards sur les situations rencontrées.
- La motivation ;
- Les compétences (connaissances, savoir-faire et savoir-être).



Pour finaliser le recrutement, le service R.H effectue les démarches préalables au recrutement que sont :

L'envoi d'un mail au futur nouvel agent pour lui indiquer les pièces nécessaires à la constitution de son dossier administratif. Ces documents peuvent être retournés scannés par mail ou bien être apportés directement à l'établissement dans ce cas, une prise de rendez-vous est effectuée.

A réception des documents, les actions suivantes seront faites :

- Déclaration préalable à l'embauche (site de l'URSSAF)
- Rédaction du contrat de travail (éventuellement transmis pour avis au candidat retenu)
- Demande du bulletin n°2 du casier judiciaire (<https://www.cjnb2.justice.gouv.fr>)

Accueil et intégration du nouvel arrivant

La procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant a été travaillée en COPIL à partir de 2022 et jusqu'en 2024 avec l'aide du cabinet de consultants ORHA. Ce travail s'est inscrit dans le cadre de la démarche QVCT.

Il a été acté que l'intégration des nouveaux collaborateurs relève de la responsabilité partagée de l'ensemble de l'équipe. Toutefois, le nouvel agent doit être partie prenante et acteur de son parcours d'intégration.

La procédure qui en résulte est la suivante :

Lors de son arrivée, le nouveau professionnel doit sentir qu'il était attendu.

En amont, communiquer sur l'arrivée d'un nouvel agent :

Quelle information ?	Qui informe ?	Moyen ?
Informers les équipes du recrutement d'un nouvel agent (nom, prénom, fonction) et indiquer quel sera son premier jour de travail	Service R.H (ou cadre)	Messagerie NET SOINS + rappel par le cadre pendant les transmissions s'il s'agit d'un nouveau soignant

Démarches accomplies en amont de l'accueil de l'agent (premier jour de travail) :

Quelle démarche ?	Qui la fait ?	Moyen ?
Récupérer une clé pour l'agent	Service R.H (ou cadre)	Auprès des services techniques
Créer un badge de pointage	Service R.H	PLANICollect
Identifier un vestiaire (s'il s'agit d'un agent en tenue)	Cadre de santé ou chef de service (cuisine ou services techniques)	

Créer un badge nominatif	Secrétariat / Accueil	
Etablir le planning de l'agent et lui communiquer Ce planning prévoit <u>quatre jours de doublure</u> afin que le nouvel agent puisse bénéficier d'un accompagnement sur tous les postes qu'il est sensé devoir assurer.	Service R.H ou cadre	PLANICIEL
Créer les accès aux logiciels que le nouvel agent va utiliser	Cadre et service R.H	PLANICIEL NET SOINS ELABORHA

Une fois l'agent créé sur NET SOINS, un message de bienvenue sera envoyé au nouvel agent par le service R.H (ou si absence, la Direction ou le cadre) afin qu'il puisse le découvrir le jour de son arrivée quand il se connectera pour la première fois à sa messagerie.

Le jour de l'accueil (premier jour de travail)

Le nouvel agent est accueilli par le collègue qui a été désigné pour l'accompagner en doublure.

Durant cette première journée de doublure, son supérieur hiérarchique le reçoit en entretien pour lui souhaiter à nouveau la bienvenue, lui rappeler ce qui est attendu de lui en s'appuyant sur sa fiche de poste, pour l'informer des protocoles essentiels (Hygiène, pauses, vestiaires, tenues) et lui communiquer les divers codes (accès logiciels et digicodes).

Du point de vue administratif :

Le nouvel agent est reçu par le service R.H qui lui fait signer son contrat et qui lui remet le livret d'accueil du personnel dans lequel l'organigramme est présenté (contre récépissé) ainsi que les codes d'accès à PLANICIEL et ELABORHA.

A l'issue, le service R.H saisit les informations concernant le nouvel agent dans le SIRH (ARTEMIS de la suite ODYSSEE) et il déclare le nouvel agent sur le site du Pôle Santé Travail 66 (<https://polesantetravail66.fr/>) et demande un rendez-vous avec le médecin du travail pour la réalisation de la visite d'embauche.

La Résidence le Ruban d'Argent prévoit un temps de doublure pour les nouveaux agents, sauf cas exceptionnel, ce sont 4 jours de doublure qui sont systématiquement planifiés.

Cet accompagnement vise à permettre l'acquisition de savoirs, de savoir-faire dans le but que le nouveau recruté s'autonomise et s'adapte petit à petit à la structure. Le nouvel agent travaillera en doublure durant quatre journées, des journées complémentaires peuvent être programmées si le planning le permet et si l'agent en a besoin. Il approfondit ainsi sa connaissance :

- Des locaux,
- Des résidents (remise du trombinoscope),
- Des logiciels.

A l'issue des 4 jours de doubleure ou au plus tard, dans les 10 premiers jours, le cadre fait un bilan informel avec les agents qui ont travaillé avec le nouveau recruté (points forts, points faibles, axes d'amélioration). Il s'entretient également avec le nouvel agent pour recueillir ses premières impressions (ex : rapport d'étonnement), son ressenti quant à la façon dont il a été accueilli et son autoévaluation. Pour aider le nouvel agent à gagner en autonomie, des objectifs peuvent être fixés ainsi que les moyens nécessaires à mettre en œuvre pour les atteindre (par exemple des formations complémentaires, des temps de doubleure supplémentaires).

Un parcours d'intégration « socle » a été défini pour accompagner l'adaptation de tout nouvel agent quelle que soit sa fonction.

THEME	RESPONSABLE	TYPE D’ACTION	DELAI DE REALISATION
Droits et obligations des agents publics	Myriam VERDAGUER, A.A.H	Sensibilisation en intra (45 minutes max.)	1 ^{er} trimestre
Harcèlement-égalité professionnelle			1 ^{er} trimestre
Laïcité			1 ^{er} trimestre
Connaitre la personne âgée en EHPAD	Marie-France BAUP, cadre de santé		Premier mois
Ethique et bientraitance	Sylvie CRUET, psychologue		Premier mois
Le risque incendie	Cyril BALENT, SSIAP2		Premier mois
La démarche qualité et le signalement des événements indésirables	Cindy FRAIR, ingénieur Qualité Gestion des Risques		Premier mois
L’utilisation des réseaux sociaux	Cindy FRAIR, ingénieur Qualité Gestion des Risques		1 ^{er} trimestre
L’accès à la formation professionnelle	Myriam VERDAGUER, A.A.H		1 ^{er} trimestre
Que faire en cas d’absence imprévue ?			Premier mois
Comment déclarer un accident de travail ? une maladie professionnelle ?			Premier mois
Sensibilisation PRAP	Franck LABEDE ou Sylvie MORENO, formateurs PRAP		Premier mois
AFGSU (soins d’urgence) 1 ou 2	Myriam VERDAGUER, A.A.H	Formation en inter (externe)	Dans l’année

En outre, en fonction des métiers, des parcours spécifiques viennent compléter ce dispositif de base :

- Cuisiniers : rappel HACCP
- ASHQ : rappel BPP Bio nettoyage
- Administratif : parcours pro thématiques (la paye, l'aide sociale, la gestion des carrières...)
- IDE et AS : transmissions ciblées, les RBPP notamment pour l'utilisation des aides techniques (lève-malade, rails...)

Chaque responsable, selon le thème qui lui est dévolu doit construire l'outil qui va lui permettre de sensibiliser le nouvel agent sur une durée de 45 minutes (ex : capsule vidéo, flyer...). De plus, pour chaque thème, le nouvel agent se verra remettre un document qui fera la synthèse de ce qui lui aura été présenté.

La traçabilité du parcours est réalisée par le biais d'une attestation remise et archivée dans son dossier administratif.

Le COPIL QUALITE a prévu que des points réguliers viennent jalonner ce parcours :

- A l'issue des 15 premiers jours, l'agent reçoit un questionnaire de satisfaction via QUIZZEO. Les questions portent sur les deux premières étapes (recrutement, accueil).
- A l'issue des 6 premiers mois, l'agent reçoit un questionnaire de satisfaction via QUIZZEO qui porte sur son parcours d'intégration.
- Le supérieur hiérarchique du nouvel agent est sollicité à l'issue du 3ème mois pour faire un bilan d'intégration de l'agent = > QUIZZEO
- L'agent et son supérieur hiérarchique se rencontrent une fois par an dans le cadre de l'entretien annuel d'évaluation tracé dans le logiciel ELABORHA

L'Accueil des stagiaires

Tous les professionnels de l'établissement sont susceptibles d'accueillir des élèves et étudiants.

Les demandes de stage qui doivent expliciter clairement le projet de formation ainsi que la durée (ou les dates si elles sont imposées) sont reçues par courriel sur la BAL stages@lerubandargent.fr.

Elles sont traitées par le cadre de santé pour la majorité d'entre elles (ou réorientées vers le responsable de service concerné). Les demandes font l'objet d'une réponse de l'établissement. L'établissement n'impose pas un niveau d'étude ou de formation minimal, le projet ou la motivation des futurs stagiaires sont des éléments d'appréciation et de validation de la demande. Le plus souvent, le futur stagiaire expose son projet professionnel ou de stage lors d'un entretien, cet entretien servira d'appui à la validation ou non de sa demande.

Un message informant du stage est adressé aux agents par NET SOINS et un tableau de suivi est renseigné.

Seules les demandes de stages conventionnées sont étudiées. Les conventions de stage sont signées par le Directeur, l'A.A.H ou la cadre de santé. Un exemplaire est conservé au secrétariat dans le classeur dédié.

Le stagiaire est suivi régulièrement par son tuteur professionnel. $\frac{3}{4}$ des infirmiers de l'établissement ont été formés au tutorat. Des formations au tutorat, dispensées par l'IFAS de PERPIGNAN, sont désormais proposées aux aides-soignants qui souhaitent s'investir dans cette fonction.

Le protocole d'accueil des stagiaires n'est pas encore formalisé mais devra préciser le contenu d'un kit d'accueil des stagiaires (contenu à définir), les modalités d'entretiens de début, de suivi ou de fin de stage, les modalités de création d'un registre des stagiaires.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS1 - SP01	Recrutement, accueil et intégration des nouveaux agents	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Garantir l'efficacité du recrutement	
Action	Procédure de recrutement : Construire les grilles d'entretien	2026
Action	Organiser les modalités de classement, le contenu et le devenir des dossiers administratifs des agents	2026
Objectif	Améliorer l'accueil des nouveaux professionnels	
Action	Procédure d'accueil du nouvel arrivant: construire les supports de formation ainsi que les attestations de formation pour le suivi du parcours	2026
Action	Créer un kit d'accueil "innovant" pour le nouvel arrivant (capsule vidéo, trombinoscope, flyer)	2026
Objectif	Améliorer l'accueil des stagiaires	
Action	Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires	2025
Action	Améliorer le suivi des stagiaires: Créer un registre des stagiaires	2025
Action	Créer un kit d'accueil pour les nouveaux stagiaires	2025
Action	Former des nouveaux agents volontaires au tutorat	2026

Emplois, carrières, rémunération (PS1-SP02)

Gestion des carrières

L'attachée d'administration hospitalière de l'établissement est en charge de la gestion des ressources humaines.

Elle peut s'appuyer sur l'expertise d'une société de conseil « Expert Juridique Santé » et travaille en réseau avec ses homologues des autres EHPAD publics (membre du Club RH du GCSMS GER 66) et des centres hospitaliers de Perpignan et de Thuir.

Les carrières sont gérées conformément aux règles du statut de la Fonction Publique.

L'accès à la promotion interne est limité par la taille de l'établissement et la structure des postes de travail. A ce titre, il n'offre pas beaucoup de perspectives d'évolution professionnelle. Les avancements de grade ne sont pas automatiques et sont fonction des compétences professionnelles et des évaluations. Ce sont les lignes directrices de gestion qui ont pour objet, depuis 2021, de

- Déterminer la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, en lien avec les principes évoqués dans le projet d'établissement, et notamment le projet social,
- Fixer des orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels (en effet, les CAP n'examinent plus les décisions en matière d'avancement et de promotion à compter du 1er janvier 2021),
- Favoriser, en matière de recrutement, l'adaptation des compétences à l'évolution des missions et des métiers, la diversité des profils et la valorisation des parcours professionnels ainsi que l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Les textes applicables aux salariés

Les professionnels travaillant au Ruban d'Argent sont en majorité des fonctionnaires hospitaliers.

Des professionnels en contrat (CDD ou CDI) pour l'essentiel de remplacement ou à temps non complet exercent également dans la Résidence sont régis par un contrat de droit public.

Les statuts généraux et particuliers de la fonction publique déterminent les conditions de recrutement, la rémunération ainsi que les droits et devoirs des fonctionnaires.

Chaque corps ou cadre d'emploi de la fonction publique fait l'objet d'un statut particulier qui détermine sa place dans la hiérarchie, les fonctions auxquelles il correspond ainsi que les modalités de recrutement et de carrière.

- Le statut général de la fonction publique est défini par le Code Général de la Fonction Publique.
- Le statut spécifique de la fonction publique hospitalière, précisé par la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière a été transposé dans le Code Général de la Fonction Publique. Il précise notamment les dispositions relatives au recrutement, à la durée et à l'organisation du travail, aux congés, au déroulement de carrière

Les autres dispositions statutaires spécifiques dans la Fonction Publique Hospitalière sont principalement applicables pour les agents stagiaires le Décret 97-487 du 12 mai 1997 et Décret 2002-274 du 20 février 2002. et pour les agents contractuels le Décret 91-155 du 6 février 1991.

Enfin les différents métiers sont régis par les décrets portant statuts particuliers pour chaque corps.

Il existe un livret d'accueil ayant valeur de règlement intérieur qui est à disposition des agents et des stagiaires de l'EHPAD. Ces derniers doivent aussi prendre connaissance, le signer et l'appliquer au quotidien.

Rémunérations

Le statut de la fonction publique garantit une égalité de rémunération entre les agents fonctionnaires (grilles indiciaires).

L'établissement rémunère ses contractuels par référence aux grilles indiciaires des corps auxquels ils appartiendraient s'ils avaient un statut de fonctionnaires. Le contrat de travail prévoit que cette rémunération peut évoluer au cours de leur séjour dans l'établissement, notamment en cas d'évolution des traitements des fonctionnaires. Pour tous les contractuels, la rémunération est réévaluée au moins tous les trois ans notamment au vu des résultats des entretiens professionnels annuels.

Cependant, il persiste une différence entre les agents fonctionnaires et les contractuels car ils n'ont pas droit à la prime de service

Toutefois, l'établissement travaille à l'équité dans les différentes fonctions et à limiter les différences entre les contractuels et les titulaires afin de garantir la cohésion des équipes.

L'évolution réglementaire prévoit que l'intéressement collectif et les modalités de mise en œuvre de politiques indemnitaires est un thème qui entre dans le champ des domaines pouvant faire l'objet d'un accord collectif local. Cette nouvelle possibilité est une piste à explorer car elle permettrait de créer une « prime » destinée à reconnaître l'engagement de tout agent quel que soit son statut. Cependant, la situation comptable actuelle ne permet pas de dégager les marges qui financeraient cette mesure.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS1 - SP02	Emplois, carrières et rémunération	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Optimiser la gestion des carrières des agents	
Action	Développer le travail en réseau (notamment dans le cadre du GER et de la Direction Commune)	2026
Action	Assurer une veille juridique et réglementaire (Reconduire l'abonnement au réseau d'experts juridiques +s'abonner à HOSPIMEDIA)	2025
Objectif	Favoriser la promotion et l'équité dans les carrières professionnelles	
Action	Formaliser une politique de promotion professionnelle	2026
Action	Réviser la politique de rémunération au regard de l'évaluation des compétences professionnelles	2027

Développement des compétences et politique de formation (PS1-SP03)

Gestion prévisionnelle des métiers et compétences

L'établissement a engagé une réflexion sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et a réalisé, en 2024, sa cartographie des métiers en différenciant le métier et les grades.

Si la politique de GPMC reste à formaliser, l'établissement dispose de tableaux de bords pour le suivi des effectifs, des contrats, des absences.

L'élaboration du Rapport Social Unique impose de colliger plus d'une centaine d'indicateurs R.H qui ont pour but de constituer un tableau de bord exhaustif pour le pilotage de la politique R.H. Toutefois, il est compliqué pour des structures de la taille de la Résidence le Ruban d'Argent de collecter et de traiter toutes les informations devant figurer dans le RSU, en raison du sous dimensionnement de l'équipe administrative et du manque d'outils adaptés (logiciel).

Un entretien d'évaluation professionnelle est en place depuis 2010. Il permet de procéder à l'auto-évaluation des agents, à l'évaluation des compétences, à la détection des besoins de formation, à la définition d'objectifs (atteints et à atteindre), au recueil des souhaits de formation et à la mesure de la satisfaction globale des agents. Une procédure d'entretien professionnel a été formalisée en 2019 au regard de la mise en place du logiciel ELABORHA permettant la réalisation et le suivi des. Chaque agent réalise une auto-évaluation sur le logiciel au moins 15 jours avant l'entretien.

L'entretien est réalisé par le supérieur hiérarchique direct (N+1) soit le cadre de santé, le responsable de service ou la direction. Les rapports d'entretien professionnelles et la fiche d'évaluation professionnelle sont validés par le Directeur et transmis aux agents pour prise de connaissance. La procédure informe les agents de modalités de recours.

Les fiches de poste sont formalisées sur le logiciel ELABORHA et servent de base aux évaluations professionnelles sur la base des compétences attendues.

Chaque année un bilan des formations réalisées est fait dans le rapport de gestion. Dans les dossiers individuels des agents sont archivées l'ensemble des attestations de formations suivies. L'établissement souhaite pouvoir digitaliser ce volet. Le nouvel outil déployé par l'ANFH GESFORM EVOLUTION va permettre d'améliorer cette gestion.

Formation professionnelle

La formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité.

En outre, elle vise à :

- Développer les compétences professionnelles
- Apporter une meilleure réponse aux besoins d'accompagnement et de soins des résidents
- Optimiser et fidéliser les ressources humaines
- Améliorer la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT)

Les principales dispositions législatives et réglementaires qui déterminent les droits à la formation professionnelle des agents dans la FPH sont énoncées dans la loi n°2007-148 du 2 février 2007 (articles 1 à 9) sur la formation et la modernisation de la fonction publique ainsi que dans le décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique

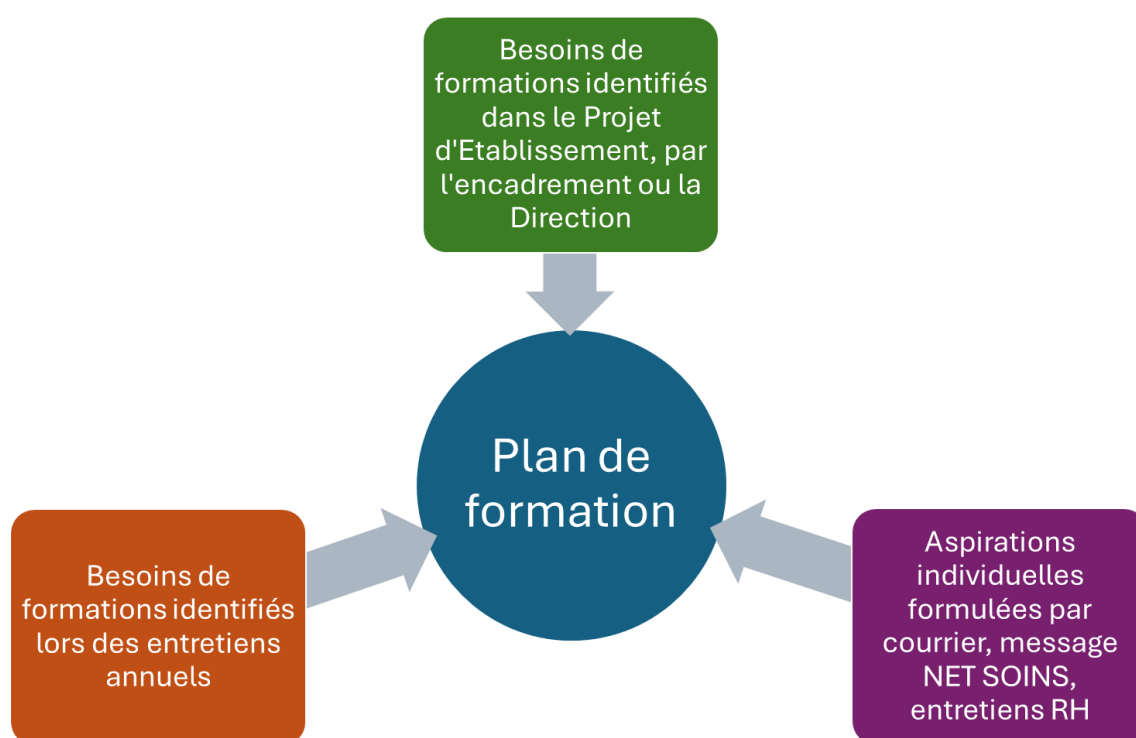
hospitalière. A cela, il convient d'ajouter la réforme de la formation professionnelle dans les trois fonctions publiques au regard de la loi 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

L'élaboration du plan de formation

Tous les ans, l'EHPAD Le Ruban d'Argent élabore un plan de formation pour l'ensemble des agents. Ce plan de formation est désormais envisagé dans une perspective pluriannuelle et dans le cadre des formations mutualisées dans le cadre du Groupement des EHPAD du Roussillon (GER).

Le recueil des besoins de formations se fait selon les étapes suivantes :

- Durant l'entretien professionnel annuel, chaque agent formule ses demandes de formation.
- Le plan est constitué par des formations obligatoires et des formations permettant le développement professionnel continu principalement collectives.



- Il est soumis pour avis au CSE à la fin de l'année N-1, ou au plus tard en janvier de l'année N.
- L'administration et la cadre de santé procède aux inscriptions au regard des souhaits formulés par les agents et des évaluations professionnelles.

L'établissement, depuis son ouverture, donne une part importante à la formation des agents qu'elle soit collective ou individuelle (études promotionnelles, actions de formation qualifiantes...).

Aujourd'hui, la formation professionnelle subit de nombreuses réformes, le parcours professionnel de l'agent est au centre du dispositif.

L'établissement a désigné un responsable de formation continue (RFC), il s'agit de l'Attachée d'Administration Hospitalière. Celle-ci participe activement aux travaux et aux regroupements avec ses homologues des autres structures, aux niveaux départemental et régional, afin de partager des outils et des informations. Elle doit poursuivre sa formation de Conseillère en Evolution Professionnelle (CEP) afin de déployer ce dispositif en interne et dans le cadre de la mutualisation.

Le budget de la formation professionnelle

L'établissement adhère à l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

La loi impose aux établissements tels que le nôtre de consacrer au financement des actions de formation des agents au moins 2.1% de la masse salariale. Par ailleurs, se rajoutent une cotisation supplémentaire de 0.6% pour les financements des études promotionnelles et de 0.2% pour le financement des congés de formation professionnelle, bilan de compétence et VAE.

Aussi, au total, l'établissement consacre, à minima, 2.9% de son budget à la formation professionnelle de ses agents. Sur son budget propre, l'établissement finance diverses actions dont les formations obligatoires comme les formations incendies et aux risques terroristes.

Le décret n°2017-928 du 21 août 2017 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière crée le compte personnel de formation pour les agents publics. Il permet à chaque agent de mobiliser un crédit d'heures qu'il a acquis par ancienneté pour un projet de formation à son initiative (mais sous réserve de l'accord de l'employeur).

Les agents qui ont participé au groupe projet d'Etablissement sur le thème des R.H ont émis le souhait qu'un budget spécifique soit sanctuarisé pour le financement de formations individuelles (CPF). Ils souhaiteraient qu'une commission soit instituée pour statuer sur les demandes selon des critères d'accès définis préalablement.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS1 - SP03	Développement des compétences et politique de formation	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Déployer une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	
Action	Formaliser et mettre en œuvre la politique de GPMC de l'établissement	2026
Action	Faire évoluer l'évaluation annuelle sur GESFORM EVOLUTION	2026
Action	R.S.U: Finaliser le système de tableau de bord et les indicateurs associés	2025
Action	Développer une prestation de Conseil en Evolution Professionnelle CEP	2026
Action	Mettre en œuvre l'entretien de mi-carrière	2027
Objectif	Garantir l'efficacité de formation professionnelle	
Action	Formaliser la politique de formation professionnelle et l'adapter aux réformes en cours	2025

Prévention des risques professionnels et qualité de vie au travail (PS1-SP04)

Prévention des atteintes à la santé physique et psychique

Les professionnels sont suivis par le Pôle Santé Travail 66. Le médecin du travail est invité à participer aux réunions du Comité Social d'Etablissement.

Les professionnels soignants bénéficient des formations dispensées par deux formateurs PRAP 2S afin de prévenir les lombalgies ou autres accidents ; le matériel médicalisé contribue à la diminution de ce risque notamment l'installation de rails de transfert au plafond des chambres (sauf l'unité protégée). Une habilitation à la PRAP IBC est demandée afin qu'un des deux formateurs puissent intervenir également auprès des agents des services généraux.

Les formateurs PRAP 2S procèdent à l'analyse des situations de travail potentiellement dangereuses (situations de presque accidents de travail) afin de trouver les solutions correctives avant que les accidents ne surviennent.

Concernant la lutte et la protection contre les accidents d'exposition au sang et liquides biologiques, chaque professionnel connaît la procédure à suivre en matière de prévention et d'actions curatives, si accident. Des formations sont renouvelées sur ce thème régulièrement avec l'équipe mobile d'hygiène du Centre Hospitalier.

Les fiches de sécurité des produits utilisés sont à disposition et doivent être affichées.

Les services logistiques utilisent des équipements de protection individuels (EPI) : chaussures et vêtements. Nous n'utilisons plus de produits phyto sanitaires et nous privilégions les achats de peintures à l'eau pour les locaux.

Pour le personnel soignant et ceux de l'entretien des locaux, matériels et actions contribuent à la prévention des risques professionnels : gants à usage unique pour les soins, gants d'entretien pour l'hygiène et nettoyage, tenues professionnelles, chaussures (antidérapantes, lavables, qui tient le pied et couvre les orteils), fiches produits d'entretien (locaux et linge) recensées, masques et lunettes en fonction du type de contamination et blouse jetable non tissé en cas d'infections résistantes ou multiples, verticalisateurs, lèves personnes, chariots de soins adaptés, médicaments, protocoles d'hygiène et de soins, le suivi des vaccinations obligatoires...

Afin de réduire les risques pour les professionnels de la blanchisserie, il a été décidé d'externaliser totalement l'entretien du linge.

Concernant la sécurité électrique, les deux agents techniques ont eu une formation spécifique et sont à jour de leur habilitation.

Concernant la sécurité incendie : une formation annuelle obligatoire pour chaque professionnel avec exercices d'évacuation et manipulation d'extincteurs est dispensée. Toutefois, il est difficile de pouvoir organiser une formation spécifique pour les équipes de nuit. L'établissement a fait le choix d'accompagner un agent technique à l'acquisition du diplôme SSIAP 2 et son collègue vers le SSIAP 1. De cette façon, il est envisagé que l'équipe technique, dont les recyclages seront systématiquement effectués puisse assurer elle-même les formations trimestrielles obligatoires.

Le report de l'alarme est fait sur les téléphones des IDE et des AS ainsi que sur les répéteurs dans chaque couloir.

Depuis plusieurs années, l'établissement contractualise avec la CARSAT dans le cadre de conventions de prévention des risques professionnels qui ont permis la baisse des accidents du travail notamment pour les équipes de soins (installation des rails notamment). La dernière convention qui a pris fin en 2023 a ciblé prioritairement les équipes des services ASH et services généraux ainsi que les risques psychosociaux. Dès qu'une opportunité se présentera, l'établissement se portera candidat pour négocier de nouvelles actions avec cet organisme.

L'âge moyen des agents est désormais de 44 ans. Des situations de maladie de longue durée et d'inaptitude se sont déjà révélées. L'établissement, du fait de sa taille, ne dispose pas de possibilité de reclassement pour les agents inaptes à leurs postes.

Certaines situations ont pu être momentanément prises en compte par un aménagement de poste ou une adaptation qui, cependant, restent précaires. Aussi, l'établissement devra déterminer une politique et une conduite à tenir pour favoriser le maintien dans l'emploi et le traitement des situations d'inaptitudes en lien avec le Pôle Santé Travail qui propose plusieurs outils dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Enfin, l'étude des accidents du travail met en avant un accroissement des situations d'accident du travail liés à des situations d'agressivité et de violences des résidents désorientés et présentant des pathologies et troubles du comportement. Aussi, ce sujet sera un des axes de travail du DUERP et des formations à venir.

Le Document unique et les Risques Professionnels

Les formateurs PRAP 2S, l'Attachée d'Administration Hospitalière en tant que gestionnaire RH et référente QVCT ainsi que les membres du CSE travaillent à l'actualisation du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels avec l'aide des professionnels volontaires qui ont identifié les risques et dans le cadre d'une programmation déterminée en CSE.

Méthodologie de la mise à jour du D.U.E.R.P :

Objectif : Réalisation de la réévaluation des risques professionnels - approche par unité de travail (9 unités au total) et par risques professionnels

- Quels sont les dangers dans chaque unité et dans chaque situation de travail ?
- Quelles sont les mesures de prévention déjà mises en place ?
- Pour quelle efficacité ?
- Quelles sont les pistes d'amélioration envisageables ?

Méthode : Selon un calendrier fixé en début d'année, la réévaluation se déroule sur une journée (ou 2 demi-journées)

- Enquêtes-terrains (sur une demi-journée)
- Synthèse de l'évaluation + pistes de réflexion pour un plan d'action sont intégrées dans le D.U.E.R.P (sur une demi-journée)

Acteurs :

Evaluateurs-terrain : 1 binôme (membres du CSE + formateur PRAP 2S + référente QVT/RP) avec présence d'1 agent-volontaire de l'unité concernée

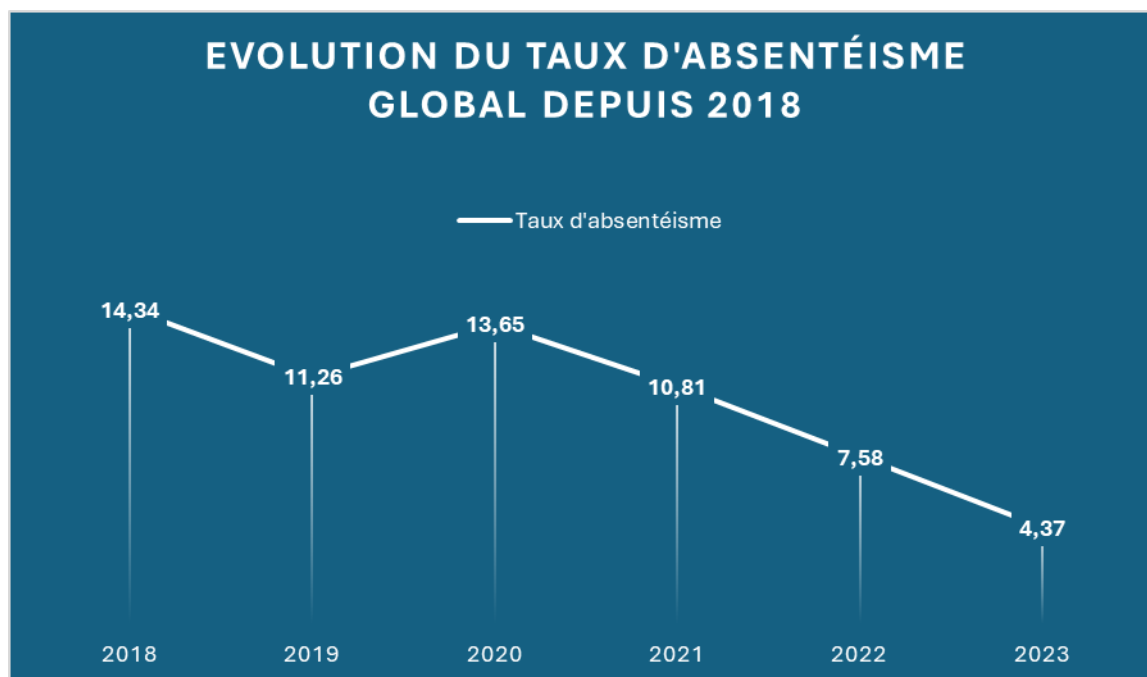
L'après-midi, la rédaction de la synthèse s'effectue avec les évaluateurs-terrain + référente QVT/RP

Les actions déterminées dans le DUERP qui constituent le PAPRIPACQ sont ajoutées au PAQ de l'établissement dans le cadre du suivi de ce sous processus.

Parallèlement les accidents du travail sont analysés dans le cadre du CSE.

La lutte contre l'absentéisme

Depuis 2018, l'établissement constate une baisse de l'absentéisme (avec un taux de 4.37 % atteint en 2023).



Cette baisse est à mettre en parallèle avec la mise en œuvre d'une démarche QVCT (étude RPS, rénovation du dialogue social après les élections professionnelles de 2021, convention CARSAT, mise en place d'une politique de fidélisation des équipes et de formation ambitieuse).

Toutefois, malgré son faible niveau, cet absentéisme et la nécessité de continuité du service impliquent toujours un besoin de remplacement des agents absents (ASH, AS et IDE). L'établissement dispose d'une assurance des risques statutaires pour les agents fonctionnaires (les indemnités journalières (IJ) se déclenchent au bout de 30 jours). Il perçoit (par subrogation) les IJ des agents contractuels après 3 jours de carence.

En règle générale, l'établissement n'attend pas le délai de carence pour organiser le remplacement de l'agent absent mais cela a un coût certain, de plus, il est parfois difficile de trouver un remplaçant disponible au moment où le besoin survient. Un protocole de gestion des absences imprévues ainsi qu'un tableau des modes dégradés et des effectifs minimums existent depuis 2021 mais doivent être réactualisés avec les équipes.

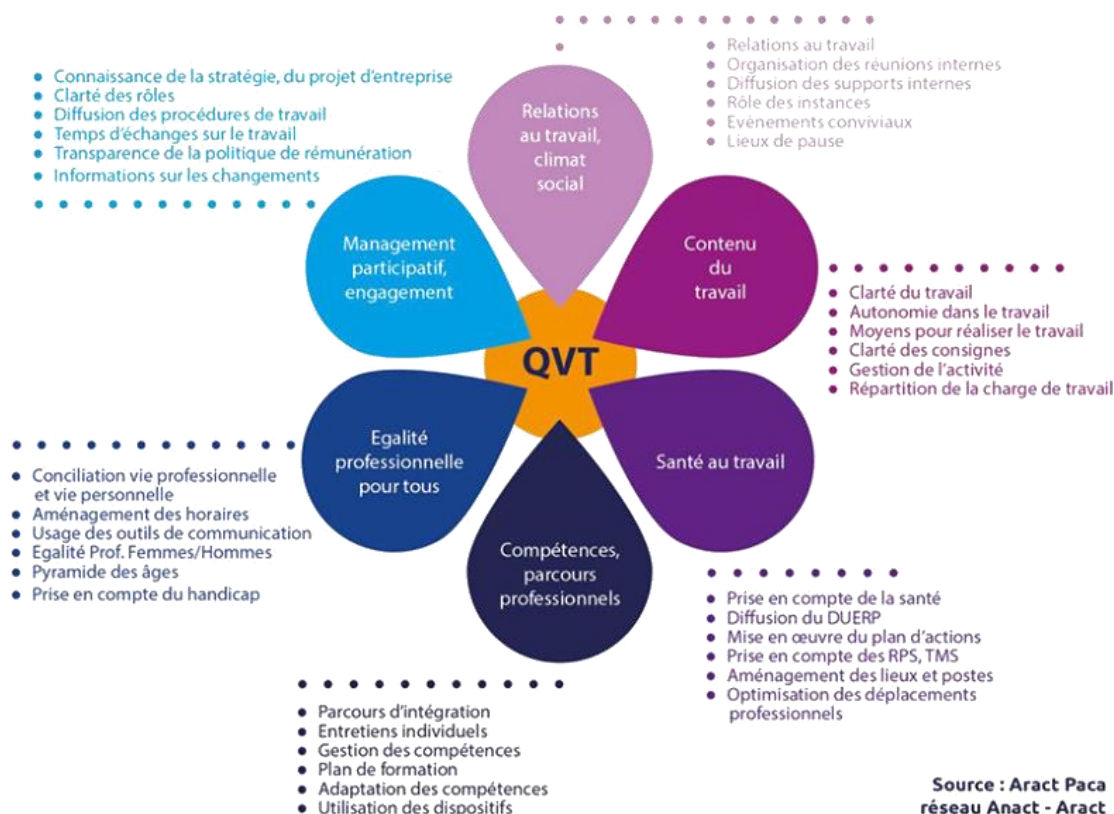
Prévention des risques psychosociaux (RPS) et Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT)

L'établissement a initié une démarche de qualité de vie et des conditions de travail qui implique la prévention des risques psychosociaux.

Quoi ? De quoi parle-t-on ?

La QVCT est une notion multidimensionnelle.

La démarche est centrée sur les 6 champs de la QVT décrits dans les 6 pétales de la marguerite ci-dessous.



Elle repose sur une démarche Qualité basée sur le principe de la roue de Deming et de l'amélioration permanente des pratiques



Définitions :

La qualité de vie au travail vise d'abord le travail, les conditions de travail et la possibilité qu'elles ouvrent ou non de « faire du bon travail » dans une bonne ambiance, dans le cadre de son organisation. Elle est également associée aux attentes fortes d'être pleinement reconnu dans l'entreprise et de mieux équilibrer vie professionnelle et la vie personnelle. (Introduction ANI 2013).

La qualité de vie au travail et son corollaire la qualité des conditions de travail participent à la qualité du travail et à la prévention primaire (qui consiste à agir sur les facteurs de risques professionnels à la source ex : sur l'organisation du travail, les modes managériaux, les conditions de travail). On parle désormais de Qualité de Vie et des Conditions de Travail. (ANI 2020).

=> La QVCT est d'une démarche participative et progressive qui conduit le collectif de travail à réinterroger les organisations en place pour retrouver les marges de manœuvre nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité.

Pourquoi ? quels sont les finalités ? les enjeux ?

La QVT a un lien étroit avec la performance, la qualité des soins et de l'accompagnement

La QVT est un levier d'attractivité, de fidélisation et de prévention des RP. C'est « une vision collective et intégrée de la santé au travail -ANI 2020 ».

Où ? Quel périmètre ?

Cette démarche concerne l'EHPAD dans sa globalité.

Toutefois, la démarche est universelle et se décline également dans de plus petites unités (à partir d'un événement concret à venir ex : réorganisation, travaux...). La démarche doit permettre à chacun de participer et d'être force de proposition.

Quels sont les acteurs de la démarche ?

L'acteur principal de cette démarche c'est d'abord l'ensemble des agents. En effet, chaque agent peut donner son avis, ses suggestions, ses observations ou signaler des événements indésirables via la messagerie interne sans qu'il n'ait à craindre de reproches. Chaque professionnel est considéré comme tel et sa parole est précieuse pour contribuer à l'amélioration de la qualité. De plus, chaque professionnel peut construire un projet qu'il rédige dans une fiche-projet et qu'il soumet à la Direction qui en fait l'examen lors des réunions du COPIL QUALITE.

L'encadrement a été formé à cette démarche à l'occasion d'une formation mutualisée avec les autres équipes encadrantes des établissements membres du GCSMS GER.

Certains agents jouent un rôle particulier dans le cadre de cette démarche :

En 2021, l'attachée d'administration hospitalière, après avoir suivi un cursus diplômant (D.U QVT en santé à TOULOUSE) est missionnée par le Directeur pour assurer le rôle de référente QVCT.

Depuis 2022, deux aides-soignants ont un rôle de formateurs PRAP 2S. Ils animent des sessions de formation régulières à l'EHPAD pour former leurs collègues (acteurs PRAP2S).

Quelques temps forts dans la démarche :

En 2022, l'établissement, avec l'aide du cabinet RAINBOW Ergonomie, dans le cadre d'une convention CARSAT a réalisé un diagnostic partagé pour identifier les axes prioritaires à traiter dont :

- L'amélioration du contenu des temps de transmissions
- L'amélioration des modes de gestion des aléas
- L'accompagnement du dialogue social
- L'adaptation des organisations aux projets de vie des résidents

En 2023, avec l'aide du cabinet ORHA, l'établissement a travaillé sur la procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux agents.

En 2024, les agents de l'unité de vie protégée, l'encadrement, la psychologue, la référente QVCT, accompagnés par une consultante spécialisée dans l'accompagnement dynamique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ont travaillé sur le nouveau projet de service de cette unité rénovée (à l'issue du programme de réaménagement des locaux).

En 2024, un formateur PRAP2S, la référente QVCT ainsi que les membres du CSE qui ont souhaité participer à la démarche ont réévalué les unités de travail afin de mettre à jour le DUERP.

Quelles perspectives ?

La Q.V.C.T est transversale. Elle est abordée dans l'ensemble des projets mis en œuvre dans la structure. Aussi, afin de mener à bien l'ensemble de ces chantiers, il est indispensable d'y associer les professionnels.

La démarche QVCT repose sur la participation des agents. Il reste difficile de mobiliser les agents pour participer à des ateliers de réflexion collective après ou hors temps de travail, ce qui est un frein à la démarche.

En mai 2024, une enquête de satisfaction au travail a été réalisée. 35% des agents ont participé, le score global qui a résulté de cette enquête était de 58%.

Les agents qui ont répondu ont listé ce qui impacte leur qualité de vie au travail :

- Le manque de reconnaissance,
- Le manque de prise en compte de leurs difficultés pour faire un travail correct,
- Le manque de confiance,
- L'intensité et la charge de travail,
- La qualité empêchée,
- La fragilité des organisations face aux aléas,
- Le manque de cohérence entre Direction et Encadrement,
- Le sentiment d'urgence, le stress.

En outre, ils ont exprimé ce qu'ils souhaiteraient voir mis en œuvre pour l'amélioration de leur QVCT :

- Plus de réunions pour penser l'organisation collectivement,
- Plus d'écoute
- Une meilleure communication
- Une aide réciproque avec les autres services
- Une stabilité des plannings
- Une expression libérée quel que soit sa fonction
- Plus de relationnel avec la Direction
- Des effectifs plus nombreux
- Un climat relationnel plus serein
- Une offre de formations étoffée

- Une meilleure connaissance des missions, des besoins et des difficultés de chacun

La lutte contre les discriminations et le harcèlement

L'établissement a formalisé la procédure de signalement et de traitement des actes de violence, discrimination, harcèlement sexuel ou moral et agissements sexistes.

Toutefois, un travail de diffusion de l'information doit encore avoir lieu pour parvenir à une information complète de tous les agents, qui peuvent en être victimes, ou acteurs sans le savoir.

Le handicap

L'établissement comptabilise parmi ses effectifs 4 bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Toutefois, la politique de maintien dans l'emploi ou d'intégration des agents handicapés n'a pas été formalisée. La réflexion devra répondre aux questions suivantes :

- Quel accompagnement pour les agents porteurs d'un handicap ?
- Quel accompagnement pour les agents en reprise ?
- Quel accompagnement pour les agents parents d'enfant(s) handicapé(s) ?
- Quel accompagnement spécifique pour les nouveaux agents porteurs d'un handicap ?
- Comment inciter les agents à déclarer leur handicap ?

Le dialogue social et l'activité syndicale

Comme indiqué dans la partie relative aux instances, les agents sont représentés au sein du Comité Social d'Etablissement.

D'autres formes de participation des personnels existent comme les commissions, les réunions de services ou à thèmes, ainsi qu'une réunion interservices. Des enquêtes ou sondages sont diffusés aux agents par l'intermédiaire du module QUIZZEO du logiciel ELABORHA.

L'établissement est équipé de tableau d'affichage à l'administration.

Les comptes-rendus de réunions et d'instances sont publiées dans l'onglet REUNIONS de NET SOINS.

Une messagerie interne est déployée sur le logiciel de soins, permettant la communication entre professionnels et avec l'administration.

Des entretiens de dialogue social ont lieu avec les syndicats régulièrement afin de travailler conjointement sur certains sujets et de favoriser la libre expression avec la Direction.

L'établissement favorise l'exercice de l'activité syndicale en accordant les autorisations d'absence (sauf nécessités de services des autorisations d'absences) ou les demandes de formations syndicales.

Un local syndical est attribué aux organisations syndicales ainsi que le matériel nécessaire à leur activité (ordinateur, téléphonie...).

Le maintien de relations syndicales et sociales apaisées est une condition essentielle de la réalisation de ce projet d'établissement et des projets de l'EH PAD. La démarche se veut constructive et porteuse de compromis dans l'intérêt général de l'établissement, du personnel et des résidents.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS1 - SP04	Prévention des risques professionnels et qualité de vie au travail (QVT)	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Garantir une prévention efficiente des risques professionnels	
Action	Maintenir le document unique à jour en lien avec les représentants du personnel et les formateurs PRAP 2S	2028
Action	Formaliser une procédure de maintien dans l'emploi et de traitement des situations d'inaptitude	2026
Action	Former un préventeur	2026
Action	Poursuivre la formation des professionnels aux situations d'agressivité	2026
Objectif	Déployer une politique de lutte contre l'absentéisme	
Action	Réaliser une analyse globale des causes de l'absentéisme	2028
Action	Organiser la lutte contre l'absentéisme évitable	2028
Objectif	Déployer une politique de prévention des risques psychosociaux (RPS)	
Action	Réaliser enquête de satisfaction au travail d'établissement en 2026 et 2028	2028
Action	Intégrer l'analyse RPS au DURP et au plan d'actions de l'établissement	2026
Objectif	Déployer une politique de Qualité de vie au travail (QVT)	
Action	Proposer des "vis ma vie" pour favoriser une meilleure connaissance des autres services	2027
Action	Mettre en place l'analyse de pratique (psychologue du travail)	2028
Action	Favoriser le dialogue social et les lieux d'échange et de solidarité au sein de l'équipe	2025
Action	Enrichir le parcours d'intégration des nouveaux collaborateurs	2025
Objectif	Renforcer la lutte contre les discriminations et contre le harcèlement	
Action	Formaliser un plan d'actions triennal concernant l'égalité professionnelle	2027
Action	Renforcer l'information des professionnels concernant la lutte contre les discriminations et le harcèlement	2025
Action	Former les professionnels au dispositif de signalement des situations discriminatoires et de harcèlement	2025

Organisation du travail et gestion du temps de travail (PS1-SP05)

Structure des effectifs

Le tableau des effectifs budgétés au 31/12/2023

Grade	Effectifs autorisés 2021	Effectifs autorisés 2022	Effectifs budgétés 2023	Effectifs autorisés 2023
Directeur	1	1	1	1
Attachée d'administration hospitalière	0	1	1	1
Adjoint des cadres hospitaliers	1	0	0	0
Adjoint administratif	1	1	1	1
Sous-total administration	3	3	3	3
Cadre de santé	1	1	1	1
ISGS 1 ^{er} gr / I.D.E cat B	4	4	4	4
Aides-soignantes	17	17	17	17
ASHQ	14	14	14	14
Sous-total soins	36	36	36	36
Médecin coordonnateur	0,50	0,50	0,50	0,60
Sous-total médical	0,50	0,50	0,50	0,60
Animatrice	1	1	1	1
Psychologue	0.30	0.70 Dont 0.40 pour E2A	0.70 Dont 0.40 pour E2A	0.70 Dont 0.40 pour E2A
Sous-total accompagnement transversal	1.30	1.70 Dont 0.40 pour E2A	1.70 Dont 0.40 pour E2A	1.70 Dont 0.40 pour E2A
Agent de maitrise	1	1	1	1
Ouvrier Principal 2 ^e cl (personnel technique)	2	2	2	2
Ouvrier Principal 2 ^e cl (personnel de cuisine)	3	3	3	3
AEQ (service hôtellerie plonge)	2	2	2	2
Sous-total logistique	8	8	8	8

Grade	Effectifs autorisés 31/12/2021	Effectifs autorisés 2022	Effectifs budgétés 2023	Effectifs autorisés 2023
Ergothérapeute	0.50	0.70 Dont 0.20 pour E2A	0.70 Dont 0.20 pour E2A	0.70 Dont 0.20 pour E2A
Diététicienne	0.20	0.40 Dont 0.20 pour E2A	0.40 Dont 0.20 pour E2A	0.40 Dont 0.20 pour E2A
Sous-total autres	0.70	1.10 Dont 0.40 pour E2A	1.10 Dont 0.40 pour E2A	1.10 Dont 0.40 pour E2A
TOTAL GENERAL	49.5	50.3* Dont 0.80 pour E2A	50.3* Dont 0.80 pour E2A	50.3* Dont 0.80 pour E2A

Le tableau des effectifs est issu de la dernière convention tripartite auquel ont été ajoutés les postes dédiés à l'équipe E2A et fait état de 50.3 ETP.

Depuis mi-2017, l'établissement parvient à financer un poste d'AS supplémentaire pour l'Accueil de Jour.

Malgré le niveau élevé de notre GMPS, le nombre d'ASH n'a jamais été augmenté depuis l'ouverture de l'établissement et l'effectif se révèle toujours insuffisant malgré l'intégration dans cette équipe des 2 postes d'AEQ qui étaient entièrement dédiées au service d'hôtellerie plonge.

L'alourdissement de la dépendance induit aussi une charge de travail des aides-soignants plus importante (incontinence, aides aux déplacements...) et le travail est vécu comme de plus en plus difficile. L'établissement finance 3 postes d'aides-soignants supplémentaires pour améliorer le service des Week ends.

L'effectif du service administratif doit être renforcé au regard de la création des nouveaux services car il ne permet pas de garantir un accueil de qualité durant les absences de l'adjoint administratif.

Le temps d'intervention de la psychologue est insuffisant pour assurer le suivi des projets individualisés et pour pouvoir accorder le temps d'écoute nécessaire aux aidants et aux résidents (un temps complémentaire devrait être octroyé à la signature du CPOM).

Au regard de ces contraintes, l'établissement devra surtout travailler à l'optimisation des organisations du travail et à la réduction de la pénibilité, tout en réfléchissant aux marges financières éventuelles lui permettant à l'avenir de répartir différemment ou d'accroître ses effectifs de manière ciblée pour maintenir la qualité des prestations.

Organisation du travail

L'organisation du travail est déterminante pour la qualité de vie au travail. Il convient donc d'être en mesure de savoir mesurer parfaitement la charge de travail, d'adapter la répartition des tâches, et d'acquérir les aides techniques lorsque cela s'avère nécessaire.

Des réunions de service sont organisées pour que les informations soient transmises à l'administration et à l'encadrement sur les différentes difficultés rencontrées par le personnel. Le COPIL Qualité possède également ce rôle. Le médecin du travail peut alerter sur les plaintes qu'il recueille. Néanmoins, il conviendrait de se situer plus en amont dans la démarche d'analyse des situations de travail en formant et en impliquant l'encadrement et le personnel.

L'établissement prévoit d'engager une réflexion globale sur l'organisation du travail, notamment par l'intervention d'un consultant externe spécialisé.

Cette étude doit permettre de définir des organisations réglementaires et qui répondent à la priorité de ce projet à savoir de personnaliser les prises en charge et permettre la réalisation des objectifs des projets personnalisés.

Gestion du temps de travail

Le temps de travail retenu dans l'établissement est de 37h30 (sauf pour le service de nuit où la durée hebdomadaire de travail est de 32h30 et l'unité de vie protégée qui travaille en 12h quotidiennes).

Les membres de l'équipe Direction- Encadrement, les psychologues et l'ergothérapeute ont un décompte de leur temps de travail en forfait-jours (208 jours travaillés par an).

L'établissement est ouvert 365 et 24 h/24, des professionnels de jours comme de nuit y travaillent semaine, week-end et jours fériés.

Les professionnels travaillent en horaires fixes (administration, agents techniques, lingerie,) ou variables (soins, hygiène des locaux, cuisine).

Le temps de pause quotidien est de 20 minutes dès 6 heures de travail effectif. Les pauses sont déterminées dans les fiches de tâches de chaque poste.

Il existe un référentiel horaire qui doit être actualisé. Il n'existe à ce jour pas d'accord local sur le temps de travail.

L'établissement utilise le logiciel PLANICIEL pour la gestion du temps de travail. Un module de consultation en ligne et d'alerte pour le personnel a été acheté fin 2019 et devra être déployé pour améliorer l'information sur les changements du planning. Toutefois, le système n'évolue pas suffisamment en termes d'ergonomie notamment et il est envisagé de changer de logiciel.

Les contraintes des agents sont prises en compte dans la mesure du possible pour établir les plannings. Le planning du mois suivant est publié le 15 du mois en cours et les demandes de changement sont étudiées avant la fin du mois en cours pour valider un planning définitif.

Des agents référents sont impliqués dans la construction des plannings (ASH et AS).

En cas d'absence une réorganisation est mise en place et un rappel est possible sur les repos, RC/RT et CA en cas de nécessités de services. Dans la pratique les agents en RT voire congés annuels en cas de situation exceptionnelle sont les derniers rappelés. En effet, l'effectif présent quotidiennement ne peut être inférieur à celui du dimanche et des jours fériés.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS1 - SP05	Organisation du travail et gestion du temps de travail	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Garantir une adéquation continue des effectifs et des organisations aux besoins de prise en charge	
Action	Etudier la répartition et une évolution des effectifs afin de faire face aux besoins	2026
Action	Engager une réorganisation du travail afin de réellement personnaliser les prises en charge et garantir les aspects réglementaires	2025
Objectif	Formaliser les règles relatives au temps de travail	
Action	Négocier un accord local relatif au temps de travail	2025
Action	Formaliser un accord Télétravail	2025
Action	Actualiser le guide GTT	2026
Objectif	Faire consensus dans la gestion des plannings et des absences	
Action	Déployer un nouveau logiciel de gestion des plannings	2025
Action	Réviser la procédure de gestion des remplacements et des absences	2025
Action	Formaliser la procédure de pose des congés annuels et de réponse	2025

COMMUNICATION (PS2)

PROCESSUS SUPPORT	
PS2	Communication
Pilotes	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à garantir une communication adaptée en interne comme en externe afin de valoriser et promouvoir les activités et prestations de l'établissement. Il vise également à permettre des échanges d'information efficaces et structurés avec l'ensemble des résidents, familles, personnels et partenaires.
PS2 - SP01	Communication interne et échange d'informations
PS2 - SP02	Communication externe

Communication interne et échanges d'informations (PS2-SP01)

La communication interne est un élément essentiel du bon fonctionnement de l'établissement car elle permet un juste échange des informations essentielles à la réalisation de ses activités.

Ainsi, cette politique de communication doit permettre la communication descendantes (de l'administration, de l'encadrement, du chef de service vers le personnel) et une communication ascendante (du personnel vers le chef de service, l'encadrement ou l'administration).

La communication de l'administration vers le personnel permet la diffusion des informations institutionnelles et le suivi des projets en cours, elle se fait principalement par le biais de la messagerie interne du logiciel de soins, des réunions programmées (réunions de service, interservices ou d'information générale), des notes de service ou des rencontres individuelles lors des entretiens.

La communication du personnel vers l'encadrement, le chef de service ou la direction permet la remontée des informations et dysfonctionnements des différents services. Elle est essentielle à la bonne prise en compte des problématiques et à la prise de décision du Directeur.

Elle permet également d'adapter les organisations, les pratiques et de réagir en cas de crises. Celle-ci se fait par divers canaux, via l'encadrement qui en informe le directeur directement ou lors des réunions hebdomadaires, via la messagerie, les réunions et les événements indésirables.

Les agents peuvent également transmettre un courrier à l'administration lorsque cela est nécessaire (demande officielle par exemple) ou prendre un rendez-vous avec la cadre de santé ou le directeur.

Toutefois, cette communication n'est pas aussi cloisonnée et l'échange direct (verbal ou téléphonique) reste privilégié en cas d'informations importantes ou urgentes, en complétant l'intervention d'une traçabilité écrite.

La réunion reste le plus souvent la forme de communication la plus développée car elle permet d'associer les différents acteurs d'une thématique et l'échange verbal direct. L'établissement souhaite le maintien de réunions régulières sans toutefois abuser de ce mode d'échange.

Aussi, il conviendra de lister les réunions et de définir pour chaque réunion l'objet, la durée et de s'assurer de la pertinence des participants afin de ne pas mobiliser inutilement des professionnels. Un émargement doit avoir lieu systématiquement, voire un compte rendu au cas par cas.

Dans le cadre de cette réflexion, il conviendra d'adapter le partage d'information aux exigences de confidentialité et de secret partagé selon les professionnels présents autour de la table. Les échanges informatisés sont également concernés avec l'anonymisation des noms de résidents et des familles si les échanges sont transmis à l'extérieur et dans le respect du secret médical et professionnel.

Enfin, les nouvelles technologies permettent d'innover sur les échanges d'information internes et une réflexion devra s'engager sur des formes nouvelles (intranet, quizz, etc.) permettant de faciliter la circulation de l'information.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS2 - SP01	Communication interne et échange d'informations	
Co-pilote	Adjointe administrative	
Objectif	Améliorer la communication interne	
Action	Mieux partager les comptes rendus des instances, les notes d'information et de service en utilisant l'onglet "Informations Générales" du logiciel Netsoins,	2025
Action	Valoriser les professionnels et les actions innovantes via une gazette, un édito ou sur les écrans	2025
Action	Développer des outils de communication et d'échanges d'information innovants (intranet, QR code, Digitalisation, écrans)	2025
Action	Identifier un référent communication	2025
Action	Développer et se familiariser avec l'intelligence artificielle	2026

Communication externe (PS2-SP02)

La communication externe revêt une importance stratégique pour l'établissement. Elle permet d'informer sur les activités et prestations proposées, sur les événements organisés, de conforter l'image de l'établissement et son positionnement territorial, de valoriser le travail des agents, des bénévoles et des partenaires de l'EHPAD.

Au quotidien, l'établissement communique vers l'extérieur par divers canaux :

- La presse locale (L'indépendant, ...)
- Le site internet
- La page Facebook (et bientôt Instagram)
- Les documents d'information (plaquettes éventuelles, dossiers...)

- Les courriels via la messagerie électronique des divers professionnels qui communiquent avec l'extérieur (administration, cadre de santé, médecin coordonnateur, animation, psychologue, ergothérapeute, services techniques, restauration).

L'EHPAD est référencé via son site internet (<http://www.lerubandargent.com>), sur le site de la mairie (www.mairie-pia.fr rubrique action sociale), sur le site de la FHF, sur l'annuaire sanitaire et social et tous les sites de référencement des maisons de retraite, via les caisses de retraite.

Cette communication doit encore être harmonisée et structurée voire développée via de nouveaux canaux (réseaux sociaux notamment).

Une charte graphique devra être créée en lien avec le projet de signalétique et les documents principaux à diffusion large refaits (livret d'accueil, plaquette de l'accueil de jour, etc.).

Concernant les télécommunications, l'établissement est joignable par téléphone 24h/24 et 7j/7. En l'absence du secrétariat, les appels sont transférés sur le poste infirmier puis sur les postes des agents de nuit. L'établissement est également joignable par courriel à une adresse générique et certaines fonctions de l'EHPAD disposent de leur propre adresse électronique.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS2 - SP02	Communication externe	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Améliorer la communication externe	
Action	Formaliser un plan de communication (réseaux sociaux, droit à l'image...)	2025
Action	Créer les pages de l'établissement sur les réseaux (LinkedIn, Intagram.....)	2025
Action	Créer et déployer une charte graphique	2025
Action	Participer aux événements et forum proposés au niveau régionale, départementale, nationale	2028
Action	Insérer les mentions légales dans les mails	2025
Action	Revoir les signatures des mails et les informations contenues dans les bandeaux	2026
Action	Créer des livrets d'accueil spécifiques en fonction des services (Hébergement temporaire, Unité de vie protégée, Accueil de jour...)	2027

LOGISTIQUE ET SECURITE (PS3)

PROCESSUS SUPPORT	
PS3	Logistique et sécurité
Pilotes	Directeur
Finalité du processus	Ce processus a pour objectif de structurer l'ensemble des fonctions logistiques et services généraux indispensables à la qualité de vie et à l'accueil des résidents. Les différents sous processus doivent notamment garantir l'articulation des services de restauration, d'hôtellerie, d'entretien, de sécurité, la continuité des transports et du système d'information.
PS3 - SP01	Environnement, hébergement et cadre de vie
PS3 - SP02	Restauration
PS3 - SP03	Maintenance
PS3 - SP04	Hygiène des locaux et du linge
PS3 - SP05	Transports
PS3 - SP06	Sécurité des biens et des personnes
PS3 - SP07	Système d'information

Environnement, hébergement et cadre de vie (PS3-SP01)

L'établissement fournit au résident un cadre de vie et des conditions d'hébergement agréables et conformes aux standards actuels et attendus par les résidents et leurs familles.

Toutefois, l'adaptation des locaux est permanente afin de répondre aux besoins des résidents et à l'évolution des prises en charge.

Dans le cadre de ce projet d'établissement, des investissements importants sont prévus afin d'adapter les locaux aux nouveaux enjeux des prises en charge.

Structure actuelle de l'EHPAD

Constitué d'un bâtiment érigé sur deux niveaux (un seul étage), desservi par deux ascenseurs, l'EHPAD est composé de deux types de structures d'hébergement :

- Les unités d'hébergement dites classiques (les **FOUGERES**, les **VIOLETTES** et les **LILAS**) pour 62 résidents.
- L'unité d'hébergement dite protégée « le **JARDIN d'EDEN** » pour 14 personnes atteintes de pathologies Alzheimer et/ou de troubles apparentés ou nécessitant un accompagnement renforcé.
- Un espace d'accueil de jour (6 résidents du lundi au vendredi).

Les espaces extérieurs sont vastes, aménagés et sécurisés. L'établissement est très ouvert sur la vie du village ; familles, amis et professionnels de santé vont et viennent toute la journée dans les locaux.

Le parc est agrémenté d'allées de circulation, de bancs, de terrasses avec du mobilier de jardin, ce qui favorise des temps à l'extérieur.

L'enceinte de l'EHPAD est close, le portail principal est sécurisé par un digicode, connus par les résidents qui peuvent aller et venir, le jardin est clôturé et sécurisé (les clefs des portails sont disponibles à l'accueil).

Descriptif de la chambre :

L'établissement dispose de 77 chambres d'une surface approximative de 21 m² (68 chambres individuelles et 8 chambres communicantes qui peuvent permettre l'accueil de plusieurs couples).

Chaque chambre possède un lavabo, une douche adaptée, un WC et est équipée d'un système d'appel-malade, d'un téléphone et d'une ligne téléphonique directe et d'une prise de télévision.

Les chambres sont meublées avec lit, table de chevet, placard avec penderie, chaise et commode. Cependant, chaque résident peut personnaliser son espace grâce à du mobilier personnel, dans la limite de la place disponible et du respect des consignes de sécurité.

Les chambres des unités classiques (62) sont équipées de rails de transfert permettant de réaliser les soins en toute sécurité pour le résident et le personnel.

Espaces collectifs :

L'établissement met à la disposition des usagers (résidents et proches) des espaces collectifs et conviviaux :

- Un grand salon place d'Afrique (rez-de-chaussée),
- Un salon place d'Espagne (étage)
- Un salon place d'Italie (étage)
- Une salle à manger : un espace de restauration lumineux et très convivial
- Une salle d'animation (120 m² environ) très ensoleillée et agréable
- Un salon de coiffure totalement équipé
- Un hall d'accueil

Il existe aussi d'autres espaces dits « professionnels » dont l'accès est réglementé (locaux de stockage, bureaux, salles de réunion, vestiaires du personnel, cuisine, lingerie, atelier...).

Réaffectation des espaces communs

Installer une salle d'activité de kinésithérapie et d'activités physiques adaptées

La salle de pause actuelle étant libérée à la fin d'année 2024, elle sera dédiée soit au futur PASA soit aux activités de sport adapté et de kinésithérapie. Cette salle pourra également être utilisée par des prestataires externes lors d'activités futures (psychomotricité, etc.) ou encore l'animation si nécessaire.

Elle sera dotée d'un poste informatique (fixe ou mobile) pour la traçabilité des activités.

Jardins et terrasses

Les espaces extérieurs sont arborés et plantés d'arbustes. L'animation installe des jardinières et des fleurs selon les saisons. Toutefois, les espaces peuvent encore être valorisés et améliorés dans le cadre des projets de jardin thérapeutiques, de potager et de poulailler.

Une étude sur la réparation de l'arrosage automatique sera menée et la plantation d'essences résistantes à la chaleur et la plantation d'arbres pour adapter l'ombrage aux étés de plus en plus chauds.

Il conviendra en outre d'aménager la nouvelle terrasse de la salle de restaurant sur la durée de ce projet.

Isolation et climatisation

Les espaces communs et circulations sont climatisés. Les chambres sont équipées par les familles de ventilateurs et ne sont pas climatisées. Les circulations permettent toutefois un apport d'air frais l'été. Une surveillance des températures est mise en place dans le cadre du plan bleu et notamment des protocoles canicule.

Remplacement régulier du mobilier

Le mobilier des espaces communs et professionnels, ainsi que le mobilier des chambres sera progressivement remplacé, l'investissement initial datant de l'ouverture de l'établissement. La programmation sera établie au regard de l'usure du mobilier actuel et des besoins des prises en charges (mobilier ergonomique et thérapeutique).

Accessibilité des locaux

Accès extérieurs

Depuis la commune de Pia, peu de panneaux indiquent la présence de l'établissement. Cette demande des familles, des visiteurs et évaluateurs externes, sera transmise en Mairie pour envisager une nouvelle réflexion sur le renforcement de la signalétique de la commune.

Physiquement, l'accès extérieur en véhicule se fait par le portail principal.

Un accès par un portillon piéton a été créé et accessible aux personnes à mobilité réduite. Le soir, les accès sont verrouillés et un interphone permet de demander l'ouverture du portillon ou du portail et des portes coulissantes de l'entrée principale.

Construit à partir de 2006, l'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite et porteuses d'un handicap. Plusieurs places handicapées sont matérialisées et l'ensemble des locaux sont adaptés à la circulation des fauteuils.

Toutefois, l'établissement doit encore se mettre en conformité sur divers points comme les marquages au sol, cheminements, dispositifs pour malentendants, une signalétique adaptée. Un bilan d'accessibilité doit permettre d'identifier tous les points restant à traiter.

Signalétique

Concernant la signalétique, elle sera retravaillée à l'extérieur du bâtiment pour le rendre plus visible de la route et dans la commune (panneaux). Des totems et panneaux seront apposés pour indiquer les différents parkings, l'entrée principale, le nom de l'établissement et les informations utiles.

A l'intérieur, elle sera revue notamment pour l'ensemble des locaux communs, l'indication des différents lieux, l'indication des paliers, ascenseurs et les numéros de chambres à hauteur réglementaire.

Décoration et identité des espaces

L'établissement a fait le choix il y a plusieurs années de donner une identité florale à ses unités (Violettes, Lilas, Fougères) et des noms de continents ou de pays à ses principaux salons (Afrique, Italie, Espagne). L'unité protégée est nommée Jardin d'Eden. La décoration des espaces est en lien avec ces choix.

Dans le cadre du projet de refonte de la signalétique intérieure en 2025, l'établissement engagera une concertation sur l'identité à donner à l'établissement en lien avec les résidents et le personnel. Une cohérence globale sera recherchée et ce choix orientera la future décoration de l'EHPAD. Des thèmes et couleurs pourront être attribués aux unités, aux salons, ainsi que dans les chambres qui pourront être personnalisées en lien avec ces thèmes, au fur et à mesure de leur réfection.

En lien avec ce projet, l'établissement devra repenser l'usage des espaces afin de les nommer le plus précisément possible et orienter en conséquence la nouvelle signalétique, pour les salons notamment. Il s'agira notamment de leur donner une fonction et de se les réapproprier (salon des familles, salon bibliothèque, salon de musique, etc.) à la fois pour les prises en charge, les animations, les familles ou les résidents.

A ce titre, un travail spécifique devra être envisagé pour le hall d'accueil et le salon d'Afrique, lieux de passage incontournables mais aussi lieux de vie et de rencontre dont les fonctions doivent être clarifiées.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS3 - SP01	Environnement, hébergement et cadre de vie	
Co-pilote	Agent technique	
Objectif	Améliorer le confort et maintenir un cadre de vie agréable	
Action	Remplacer les stores des espaces communs et circulations par des volets roulants électriques	2024
Action	Remplacer régulièrement le mobilier des chambres et espaces communs	2028
Action	Revoir l'usage des différents espaces et leur identité	2025
Action	Personnaliser les portes des chambres	2025
Action	Aménager la terrasse de la salle de restaurant	2027
Objectif	Garantir l'accessibilité et la visibilité de l'établissement	
Action	Revoir toute la signalétique intérieure et extérieure	2025
Action	Solliciter la Mairie pour impulser des travaux de voirie et la signalétique extérieure	2025
Action	Réaliser un bilan d'accessibilité et finaliser les travaux d'accessibilité (marquages, cheminements...)	2025

Restauration (PS3-SP02)

Les repas sont fabriqués en liaison chaude sur le principe de la restauration traditionnelle dans une cuisine qui est aux normes HACCP. L'équipe est composée de quatre cuisiniers.

Les temps de repas

Le petit déjeuner est servi en chambre. Le choix est donné au futur résident lors de l'entretien d'accueil au regard de ses habitudes de vie. Sont proposées des variétés de biscottes/brioche tranchées/madeleines et des viennoiseries tous les dimanches.

Le déjeuner ne comporte qu'un seul service à 12 h en fonction du menu du jour établi.

Le dîner se décompose en deux services, le premier à 18 h et le second à 18 h 45.

Le goûter est servi par l'animatrice en salle d'animation de 15 h 30 à 16 h 15 (ou par une ASH en son absence). Les AS donnent le goûter aux personnes dépendantes.

Pour les personnes en chambre, le goûter est servi par les AS. Des gâteaux individuels sont proposés aux résidents de même que des boissons chaudes au choix.

Les menus sont adaptés au regard des saisons et selon les exigences nutritionnelles avec l'appui d'un diététicien qui participe à la confection des menus.

Les modalités du service

Les menus du jour sont affichés quotidiennement ainsi qu'à la semaine.

Les repas sont servis à l'assiette par les cuisiniers, les hôtelières, les AS et ASH en salle de restauration sous la surveillance de l'infirmière. L'aide au repas est apportée dans les salons des étages pour les résidents qui le nécessitent. Deux chariots (un par unité) permettent la distribution dans de bonnes conditions de température.

A l'UVP le repas est apporté dans un chariot dédié et servi par les professionnelles du service.

Dans la mesure du possible, l'établissement propose aux résidents en textures modifiées le même menu que les textures normales. Un protocole de préparation des mixés est inscrit dans le PMS ; ils doivent être préparés 2h maximum avant le repas avec prise de température.

Selon la prescription médicale établie par le médecin coordonnateur, d'autres régimes spécifiques peuvent être préparés par l'équipe de cuisine, sans sel, fibres et sans résidus, ...

La participation des résidents au choix de leurs menus

L'établissement fait en sorte de recueillir l'avis des résidents concernant le menu proposé ainsi que d'évaluer leur satisfaction.

Ainsi une commission des menus a lieu plusieurs fois par an et fait l'objet d'un compte rendu. Participent à cette commission : les résidents, les membres de la famille, les professionnels de l'établissement (cuisine, soins).

De plus, pour les deux repas de fêtes organisés annuellement, à savoir Noël et la fête des familles les résidents sont consultés sur le menu qu'ils souhaitent déguster.

Une fois par mois lors des animations festives les anniversaires sont fêtés autour d'un goûter préparé par l'équipe de cuisine en fonction des saisons. Un repas à thème est également proposé mensuellement.

Organisation de la cuisine

La cuisine de l'établissement satisfait aux normes et attentes liées à la restauration collective. Elle a fait l'objet d'opérations de rénovation depuis son ouverture.

Les sols ont été refaits et un contrat de maintenance est en place pour le matériel et les installations (matériel de cuisson, chambres froides, plonge...). Le matériel est réparé voire remplacé si nécessaire afin de permettre une utilisation optimale de la cuisine par les équipes.

L'établissement se conforme aux préconisations des visites des services vétérinaires et des formateurs intervenants sur place quant aux adaptations à effectuer pour garantir le respect des règles d'hygiène.

Au niveau de l'organisation humaine de la cuisine, l'établissement dispose de quatre agents intervenants pour la confection des repas au quotidien. Des roulements sont en place et permettent d'assurer la continuité du service toute l'année.

Organisation de l'hôtellerie et de la plonge

La préparation des petits déjeuners et des chariots est assurée par les ASH. Le service est assuré par l'équipe ASH. L'office situé dans la salle de restaurant est le centre névralgique de cette préparation et un lieu de stockage et de préparation équipé (frigos, cafetières, etc.).

Des chariots de petit déjeuner sont en place et ont été remplacés par du matériel neuf et ergonomique dans le cadre de la convention signée et finalisée avec la CARSAT.

La plonge assure le nettoyage de la vaisselle et d'une partie de la batterie de cuisine après nettoyage préalable par le cuisinier. Une machine dédiée est installée dans le local plonge.

Respect des principes d'hygiène (HACCP)

L'établissement forme chaque année les équipes de cuisinier à la méthode HACCP et aux recommandations de bonnes pratiques. Les visites des services vétérinaires permettent d'ajuster les pratiques et doivent être prises en compte au quotidien.

Un plan de maîtrise sanitaire (PMS) est rédigé et actualisé tous les ans avec l'appui d'un prestataire externe. Les protocoles associés sont actualisés au regard de l'évolution des pratiques et recommandations. Ce prestataire procède à des audits sur site plusieurs fois par an pour s'assurer de la prise en compte des remarques et de l'actualisation des protocoles. Des analyses sont réalisées par un laboratoire indépendant conformément aux obligations réglementaires. Elles sont transmises en cuisine et consignées en vue des contrôles et font l'objet d'actions d'améliorations en cas d'anomalies.

Du fait de l'accroissement de la dépendance des résidents, le nombre de plateaux en chambre a fortement évolué, obligeant l'établissement à acquérir un chariot de maintien en température mis en place en 2019 et

à réviser le circuit des plateaux. Ce dernier doit encore être évalué et les températures faire l'objet d'un suivi attentif et rigoureux au quotidien.

Gestion des approvisionnements alimentaires

L'approvisionnement en denrées est organisé via les marchés de l'établissement. Des livraisons sont faites tous les jours selon les commandes effectuées en fonction des menus.

L'établissement procède à un contrôle à réception des marchandises et organise le stockage au regard des normes sanitaires. Le PMS décrit les étapes et règles appliquées par l'établissement.

En cas d'urgence ou de défaut d'approvisionnement, l'établissement dispose d'un stock tampon lui permettant de réagir et d'assurer la continuité des repas. Toutefois, ce stock devra être complété notamment par un stock de mixés.

La mise en place d'une stratégie achat efficiente demande du temps et une adaptation constante, aussi, l'établissement recherche en permanence à s'adapter aux besoins et aux contraintes liées à ses approvisionnements. Une réflexion sur les marchés, leur mutualisation éventuelle et la prise en compte du développement durable (production fraîche, de proximité, biologique...) sera menée en ce sens.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS3 - SP02	Restauration	
Co-pilote	Chef de cuisine	
Objectif	Garantir la qualité et l'équilibre nutritionnel des repas	
Action	Engager une réflexion sur les marchés alimentaires et les critères de choix des denrées (qualité, proximité, développement durable, équilibre budgétaire et mutualisation éventuelle...)	2026
Action	Renforcer le rôle du diététicien sur les goûts, les aversions et les textures	2025
Objectif	Garantir la prise en compte des souhaits et de la satisfaction des résidents	
Action	Revoir les modalités de recueil de la satisfaction sur les repas (enquêtes, accompagnement)	2025
Action	Mieux communiquer sur les résultats des enquêtes de satisfaction sur la qualité des repas	2025
Action	Revoir le fonctionnement de la commission des menus (composition, rôle, périodicité)	2025
Objectif	Améliorer les caractéristiques hôtelières des temps de repas	
Action	Repenser le service en proposant des tenues aux ASH	2026
Action	Remplacer la vaisselle	2025
Action	Favoriser le calme en salle de restaurant (musique, éclairage...)	2026
Action	Adapter le mobilier à la dépendance des résidents lors de son remplacement (mobilier ergonomique)	2026
Objectif	Adapter la prestation de restauration à l'évolution de la dépendance des résidents	
Action	Adapter les effectifs de professionnels aux évolutions de la population de résidents accueillis (aide alimentaire)	2028
Action	Mettre en œuvre des projets innovants en adaptant les repas aux capacités des résidents	2026
Action	Finaliser l'utilisation du logiciel de soins pour la traçabilité de toutes les informations liées au repas (goûts, textures, régime)	2025
Objectif	Garantir la sécurité alimentaire et le respect des protocoles d'hygiène	
Action	Réaliser des auto-contrôles internes	2025
Action	Poursuivre le suivi des températures (plateaux, préparations...)	2025
Action	Réviser le circuit des déchets liés à la production alimentaire	2025
Action	Compléter le stock tampon (mixés...) et protocoliser sa gestion.	2025

Maintenance (PS3-SP03)

La maintenance préventive et curative est assurée principalement par les deux agents techniques de l'établissement.

Eau chaude sanitaire

Le diagnostic légionnelle et le carnet sanitaire ont été réalisés en 2012 et les documents sont depuis actualisés. Une inspection de l'ARS a été menée en 2018 et fait l'objet d'un plan d'actions.

Les contrôles des températures et la surveillance sont réalisés en interne et inscrits dans le carnet sanitaire. Des améliorations en termes de régularité et de traçabilité sont en cours de mise en place. Un système de gestion centralisée des températures (GTC) est en place et sera mis aux normes dans le cadre de crédits renouvelables octroyés par l'Agence régionale de santé (ARS) à la fin de l'année 2019. Il permettra notamment une meilleure traçabilité et la production d'alertes concernant les températures.

Des contrôles bactériologiques sont effectués annuellement par un laboratoire habilité.

Vérification et maintenances obligatoires des équipements

Les vérifications et entretiens obligatoires sont assurés par des entreprises extérieures agréées. Il s'agit principalement des :

- Contrôles et vérifications obligatoires
- Maintenances des extincteurs
- Maintenances et vérification des ascenseurs portes et portails (7 j/7)
- Maintenance et vérification du groupe électrogène
- Maintenance du SSI et appels malades (7 j/7)
- Maintenance de la téléphonie, de l'autocom
- Maintenance du système de vidéo-surveillance
- Maintenance des matériels et équipements de cuisine
- Lutte contre les nuisibles, dératisation et désinsectisation
- Nettoyage des bacs à graisse et de la hotte externalisé
- Maintenances des climatisations et VMC, de la chaufferie (CVC) et de la plomberie (7j/7)

L'établissement dispose d'un avis conforme de la commission de sécurité incendie rendu le 21 novembre 2021.

Les professionnels extérieurs intervenants renseignent les bons d'intervention ainsi que le registre de sécurité lors de chaque passage. Ils doivent être accompagnés d'un des professionnels de l'établissement lors de leurs visites.

Maintenance des bâtiments et autres équipements

La maintenance du bâtiment et des petites réparations et la vérification du bon fonctionnement des équipements sont assurées pour l'essentiel par les agents techniques.

Il s'agit principalement de travaux divers de rénovation ou d'embellissement comme des travaux de peintures (peinture des chambres à l'occasion d'un décès, d'un départ,) de réparations diverses de matériels et mobiliers de la chambre, de plomberie, de serrurerie, de chauffage, d'entretien des extérieurs (jardin), ...

Equipements de soins

De nombreux équipements de soins (verticalisateurs, soulèvements malades, matelas à air) sont loués à des fournisseurs qui assurent donc leur entretien. Un contrat de maintenance est en place pour les rails de transfert au plafond (avec une vérification annuelle en charge).

Les fauteuils roulants sont vérifiés par l'ergothérapeute ou éventuellement un prestataire extérieur.

Maintenance curative

En cas de dysfonctionnement, tout agent signale le besoin informatiquement (via la mise en place de transmissions intendance).

Astreinte technique

L'établissement dispose d'une astreinte technique partielle. Un manuel est rédigé à l'attention de l'équipe d'astreinte administrative qui fait appel si besoin aux prestataires disponibles. Il est prévu de déployer une astreinte technique commune dans le cadre de la direction commune. Elle couvrirait ainsi l'ensemble des établissements du lundi au lundi.

Contrôles réglementaires

Tous les 3 ans, la Commission de Sécurité donne un avis sur la poursuite de l'exploitation de l'établissement et son ouverture, le dernier avis favorable date du mois de novembre 2021. L'avis n'est assorti d'aucune préconisation et sert de base à l'arrêté de poursuite d'exploitation notifié par le Maire de la commune.

Tous les ans, les ascenseurs, les systèmes et équipements fonctionnant au fuel et gaz, l'électricité, le matériel de lingerie sont contrôlés par un organisme indépendant.

Tous les 3 ans, le système de sécurité incendie est contrôlé de la même façon. Un registre de sécurité est à disposition et est tenu à jour.

Un contrôle des services vétérinaires sur la cuisine et l'hôtellerie a lieu régulièrement, le dernier a eu lieu le 28 février 2023.

Contrats de maintenance

Des contrats de maintenance permettent des contrôles réguliers sur les équipements :

- Les ascenseurs, portes vitrées, portails : tous les trimestres.
- Extincteurs et système de sécurité incendie : tous les ans et une astreinte continue.
- Le parc téléphonique pour les réparations occasionnelles
- Les appels malades (astreinte en continue)
- Le chauffage et les chaudières et l'eau chaude sanitaire selon la réglementation (astreinte en continue)
- Le parc informatique et les principaux logiciels
- Le matériel de cuisine
- Les prélèvements de surfaces et audits HACCP en cuisine
- Les DASRI prélevés régulièrement
- Les nuisibles

- L'entretien des hottes et du bac à graisse
- Le système de gestion technique centralisé (GTC)

En dehors de ces contrats, il est fait appel à des sociétés pour des contrôles annuels ou des réparations pour le système de ventilation et les hottes, le matériel médicalisé, de soin et de lingerie.

Les véhicules sont contrôlés régulièrement et le suivi est consigné sur Netsoins.

Circuit des déchets

La gestion des déchets est organisée selon le principe du tri collectif en séparant les déchets ménagers divers et les plastiques, conserves et cartons.

Les déchets contaminés DASRIa sont stockés dans un local fermé à clef à l'extérieur de l'établissement. Une inspection de l'ARS a eu lieu en 2018 et un plan d'actions est en cours.

Une société extérieure assure l'évacuation ainsi que la traçabilité de l'élimination des DASRIa.

Un audit sur le gaspillage alimentaire a eu lieu et doit donner lieu à un plan d'actions sur la durée du projet. Par ailleurs un audit sur les déchets sera mené prochainement.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS3 - SP03	Maintenance	
Co-pilote	Agent technique	
Objectif	Améliorer le suivi des entreprises extérieures et des livraisons	
Action	Anticiper et contrôler les interventions des entreprises (plan de tâches et rappels)	2025
Action	Améliorer la traçabilité des interventions des entreprises (plan de tâches et rappels)	2025
Objectif	Améliorer le suivi et la traçabilité des demandes de maintenance	
Action	Mettre en place un plan de tâche annuel (interventions programmées, purges, rappels, traçabilité et suivi des interventions)	2026
Action	Poursuivre les visites régulières des locaux (hebdomadaires) afin d'identifier les problématiques de maintenance	2028
Objectif	Améliorer l'entretien des espaces extérieurs	
Action	Inclure les principales tâches d'entretien extérieur au plan de tâches général et en assurer le suivi	2025
Action	S'engager dans une action développement durable en améliorant et en adaptant les espaces verts (plantation d'arbres et réorganisation des massifs)	2028
Action	Coordonner les interventions de la Communauté des communes concernant les abords de l'établissement	2025
Objectif	S'engager dans une démarche de développement durable	
Action	Mettre en place des systèmes de récupération d'eau sur l'ensemble de l'établissement (vides sanitaires et gouttières)	2026
Action	Mettre en place un moyen de production d'énergie renouvelable	2028
Action	Avoir une liste commune de matériels en partage avec les autres établissements du groupement	2026
Action	Mettre en place des ilots de biodiversité et un composteur	2025
Objectif	Améliorer la gestion des déchets	
Action	Réaliser un audit sur le stockage et le tri des déchets	2025
Objectif	Améliorer l'organisation et la gestion des zones techniques	
Action	Formaliser un protocole d'entretien du vide sanitaire et de la pompe de relevage (entretiens courants et lors d'intempéries)	2025
Action	Prévoir un plan d'investissement sur 5 ans pour l'achat d'équipements et de matériels	2028

Hygiène des locaux et du linge (PS3-SP04)

L'entretien des surfaces et des locaux

L'équipe ASH est absolument essentielle notamment pour le maintien de la dignité des résidents, le confort et la qualité de vie, le respect des règles d'hygiène et la prévention des risques. L'équipe contribue également à l'image de l'établissement et à l'accompagnement des résidents au quotidien (hôtellerie, etc).

L'équipe est formée régulièrement par le service Hygiène du Centre hospitalier et respecte la technique du bio-nettoyage : du propre au plus sale et du haut vers le bas : les franges sont rangées par 10 dans un bac et elles sont imprégnées de produits et les lavettes sont imprégnées avant de rentrer dans la chambre.

Deux lavettes (1 pour la poussière et 1 pour les sanitaires) et 1 frange en moyenne sont utilisées par chambres.

Il y a 3 produits utilisés 6j/semaines 1 détergent – 1 désinfectant – 1 détartrant sauf le jeudi où est utilisé le désinfectant désodorisant afin de maintenir la protection des carrelages et linos (exceptionnellement à l'eau si le sol colle).

Les locaux communs comme privatifs sont entretenus de jour comme de nuit en suivant la traçabilité du protocole d'hygiène des locaux.

Afin de limiter les chutes et les entraves, le panneau sol glissant est positionné en journée.

L'équipe utilise trois chariots de ménages équipés (deux au secteur classique et un au Jardin d'Eden) pour l'entretien quotidien. Une partie des chariots est ergonomique suite aux investissements réalisés dans le cadre de la convention avec la CARSAT. Le chariot ménage de l'UVP sera remplacé pendant la durée de ce projet.

Les professionnelles utilisent en journée et la nuit particulièrement l'autolaveuse pour les communs et les grandes surfaces.

La machine vapeur est utilisée pour assurer l'assainissement des chambres (chambres à blanc et à fond) ainsi que la mini monobrosse. Actuellement l'entretien des chambres à fond est réalisé 3 à 4 fois par semaine et tous les 15 jours les bureaux et salles de réunions sont nettoyés.

Les fiches de tâches de l'équipe ASH sont formalisées et ont permis de revoir la distribution des tâches et la fréquence de certains nettoyages. Un projet de réorganisation de l'équipe ASH en lien avec le service de Plonge est en cours de réflexion.

La gestion du linge

Le linge des résidents et de l'établissement est externalisé (sauf les franges et lavettes, tours de cou, sangles des lèves malades et matériel anti-escarres).

L'ESAT Catlinge assure cette gestion du linge et en assure la traçabilité par puçage haute fréquence.

L'hygiène du linge

Le tri du linge

▪ Le tri en service

Il fait par les soignants à l'aide de chariots séparant les éléments suivants :

- Gants et serviettes de toilette - linge résident - serviette de table et couvertures
- Les draps et les taies d'oreillers.
- Les sacs-poubelle

Les trieurs contenant les sacs sont acheminés après les soins par les soignants vers la buanderie.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS3 - SP04	Hygiène des locaux et du linge	
Co-pilote	Cadre de santé	
Objectif	Garantir un haut niveau d'hygiène au quotidien	
Action	Adapter et remplacer le matériel des ASH (chariots, laveuse ...)	2026
Action	Engager une réflexion sur les tâches (zonage) à l'occasion de la réorganisation de l'équipe ASH-Hôtellerie	2026
Action	Renforcer la formation des équipes ASH et assurer la promotion de leurs compétences professionnelles (en informatique, en français,...)	2026
Objectif	Optimiser la gestion du linge et des circuits	
Action	Prévoir le remplacement de la lingère par un professionnel formé en cas d'absence	2025
Action	Repenser le roulement en lingerie et l'organisation du planning	2025
Action	Revoir l'organisation et le rythme de livraison du linge en interne	2025
Action	Réfléchir à l'externalisation du reste du linge : tours de cou, les lavettes, les combinaisons et les couvertures	2026
Action	Recommuniquer auprès des familles sur le marquage du linge	2028

Transports (PS3-SP05)

L'établissement réalise peu de transports. Ceux-ci relèvent essentiellement des situations suivantes :

- Transports des résidents lors des sorties ou activités
- Transports assurés dans le cadre de l'accueil de jour
- Déplacements lors des formations des agents à l'extérieur
- Déplacements de l'équipe administrative et des agents techniques pour des achats ponctuels ou l'évacuation des déchets
- Déplacements du médecin coordonnateur ou de la cadre de santé pour les visites de pré-admission

Ces transports sont réalisés essentiellement via les véhicules de l'établissement :

- Un véhicule de service
- Un mini-bus adapté aux transports des résidents (fauteuils notamment)

Le véhicule de service est utilisé pour les transports de l'accueil de jour mais n'est pas adapté. L'achat ou la location d'un véhicule dédié sera étudié : cet utilitaire permettra le transport des résidents de l'accueil de jour et permettra l'adaptation d'une remorque pour le transport des déchets par les services techniques.

Le mini-bus est également partagé avec d'autres établissements dans le cadre de conventions de prêts. La gestion des carburants est assurée via des cartes de carburants dédiées et sécurisées. Exceptionnellement, les agents peuvent utiliser leur véhicule personnel pour certains déplacements sous réserve de validation de leur ordre de mission et les frais de déplacements sont pris en charge.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS3 - SP05	Transports	
Co-pilote	Adjointe administrative	
Objectif	S'engager dans une démarche de Développement Durable	
Action	Prévoir l'acquisition d'un véhicule électrique	2028
Action	Prévoir deux bornes électriques pour le rechargement de véhicule	2027
Action	Aménager un espace de mobilité durable	2026
Objectif	Sécuriser les transports des résidents	
Action	Prévoir un deuxième véhicule adapté pour les transports de résidents	2026
Objectif	Assurer la traçabilité de l'utilisation des véhicules	
Action	Assurer le contrôle du carnet d'utilisation et de réservation des véhicules	2025
Action	Faire des rappels réguliers sur la réservation des véhicules	2025

Sécurité des biens et des personnes (PS3-SP06)

Sécurité incendie

Un système de sécurité incendie est opérationnel et fait l'objet d'une maintenance régulière (cf. Sous Processus Maintenance).

Le personnel est formé à la sécurité incendie tous les ans. Les formations sont consignées dans le registre de sécurité. Ces formations sont à la fois théoriques et pratiques (manipulation des extincteurs et fonctionnement du SSI).

Les deux agents techniques sont formés SSIAP 1. L'établissement envisage de développer les exercices internes et la formation directe des nouveaux agents (en plus des formations annuelles).

L'établissement se conforme aux préconisations de la Commission de sécurité, aux rapports des organismes de contrôle et aux conseils du prestataire de maintenance du système.

Sécurité

Dans le cadre de l'instruction du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux et de l'application des dispositions du Plan Vigipirate, l'établissement a réalisé un diagnostic de sécurité en lien avec la Gendarmerie.

Un plan d'actions a été formalisé une information inscrite dans le règlement de fonctionnement de l'établissement. Une formation au risque terroriste a lieu tous les ans. Dans le cadre de ce plan d'actions, l'établissement doit encore mettre en place un système d'alerte et une stratégie de confinement ainsi que formaliser les procédures et protocoles spécifiques.

Un système de vidéosurveillance est installé et permet une surveillance a posteriori des entrées et extérieures de l'établissement. Il filme également le hall d'accueil de l'établissement.

Le visionnage est limité à une liste restreinte de personnes conformément aux dispositions réglementaires en vigueur. Un enregistrement (limité dans le temps) peut être transmis aux enquêteurs en cas de plainte de l'établissement ou de demande de la justice.

Un système d'alarme est installé et n'est fonctionnel que pour l'administration.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS3 - SP06	Sécurité des biens et des personnes	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Prévenir le risque incendie	
Action	Former en interne les nouveaux arrivants	2025
Action	Organiser les formations incendie en interne dans le cadre de la direction commune	2026
Action	Revoir l'affichage de sécurité	2025
Action	Refaire un exercice de sécurité incendie	2026
Objectif	Prévenir et s'adapter au risque terroriste	
Action	Sécuriser la gestion des clefs	2026
Action	Mettre en œuvre le plan d'actions de sécurisation de l'établissement	2026

Système d'information (PS3-SP07)

Système informatique

L'établissement dispose d'un système informatique doté d'un serveur interne et d'un parc informatique déployés dans les différents services de l'établissement.

Le système d'information est géré par une société externe qui en assure la maintenance et les réparations.

Un système de sauvegarde est en place sur site (serveur séparé) et une sauvegarde externe (cloud).

Une procédure en cas de cyberattaque est formalisée.

Accès internet

L'établissement est raccordé à la fibre optique depuis 2019. Une ligne de secours est installée chez un autre opérateur afin d'éviter les coupures, notamment du fait de l'utilisation d'un logiciel de soins en ligne.

Un réseau WIFI est déployé dans l'ensemble de l'établissement, un réseau est dédié au personnel (utilisation de tablettes, ordinateurs portables de l'établissement) et un réseau est dédié aux résidents.

Logiciels

L'établissement dispose de logiciels utiles à son activité et au bon fonctionnement des résidents (NETSOINS, PLANICIEL, ODYSSEE, ELABORHA) avec une maintenance associée.

Règles d'usage du système d'information et RGPD

Le règlement intérieur du personnel précise les règles et bonnes pratiques pour l'utilisation du système informatique et d'internet sur le lieu de travail.

Le travail sur le nouveau Règlement général à la protection des données (RGPD) a débuté (formation du Directeur, travail commun dans le cadre du GER). Des actions de sécurisations sont envisagées (boîtes méls, habilitations et restrictions, mots de passe...) en lien avec la formalisation du registre des traitements par un prestataire externe.

Un Délégué à la Protection des Données (DPO) a été nommé via un prestataire externe et coordonne la démarche. Il est joignable via l'adresse dpo@lerubandargent.fr.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS3 - SP07	Système d'information	
Co-pilote	Adjointe administrative - DPO	
Objectif	Sécuriser le système d'information	
Action	Revoir le système de renouvellement des mots de passe	2026
Action	Revoir les droits et habilitations des agents sur les ordinateurs	2025
Action	Sécuriser les boîtes mails	2025
Objectif	Optimiser l'utilisation du système d'information	
Action	Tendre vers un dossier unique en optimisant l'utilisation de Netsoins	2026
Action	Formaliser une stratégie de numérisation des documents	2026
Action	Revoir toute l'architecture et l'organisation du serveur	2026
Objectif	Mettre en place la réglementation relative à la protection des données	
Action	Finaliser la démarche de mise en conformité en lien avec le DPO externe	2027
Action	Appliquer et vérifier les durées légales de conservation des données	2026
Action	Formaliser une procédure de gestion des archives	2026

ACHATS ET RESSOURCES FINANCIERES (PS4)

PROCESSUS SUPPORT	
PS4	Achats et ressources financières
Pilotes	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à assurer la pérennité des activités de l'établissement en garantissant une situation financière stable et saine à long terme. Cet objectif se base sur une orientation pluriannuelle claire au regard des enjeux financiers et des projets programmés, une gestion budgétaire et financière rigoureuse, la maîtrise de la fonction achat et la mise en place d'un système de contrôle de gestion et de comptabilité analytique permettant d'ajuster la pertinence et la maîtrise des dépenses.
PS4 - SP01	Orientations pluriannuelles
PS4 - SP02	Gestion budgétaire et financière
PS4 - SP03	Fonction achat
PS4 - SP04	Contrôle de gestion et comptabilité analytique

Orientations pluriannuelles (PS4-SP01)

Les orientations pluriannuelles de l'EHPAD sont définies dans la Convention tripartite même si celle-ci est désormais caduque.

L'établissement a déposé un Plan pluriannuel d'investissement qui se termine en 2025 et renseigne chaque année lors de la production de son EPRD un PGFP.

Dans le cadre de ses prévisions, l'établissement doit garantir les moyens et la bonne santé financière de l'établissement dans les années à venir. Ces orientations tiennent donc compte de l'exploitation de l'établissement et des emprunts et investissements programmés qui ne doivent pas pénaliser la santé financière globale de l'établissement.

L'établissement dispose actuellement d'un emprunt historique lié à l'achat du matériel lors de l'ouverture de l'établissement. Cet emprunt sera totalement remboursé en 2024. Ces investissements ayant été amortis sur dix années pour la plupart et l'établissement devra à nouveau investir dans son mobilier vétuste notamment (ameublement des chambres et espaces communs).

Également, l'établissement dispose d'un emprunt PLS lié au rachat de l'établissement en 2019 et un emprunt complémentaire réalisé pour son opération de rénovation et programme d'investissement qui se déploie de 2022 à 2025.

Le Plan pluriannuel d'investissement

Le PPI en cours prévoyait la rénovation d'une partie des espaces intérieurs de l'EHPAD et la construction d'une salle de pause. La rénovation consistait notamment à rénover l'UVP, créer une chambre complémentaire qui sera bientôt utilisée pour le CRT et l'accueil en urgence des bénéficiaires du volet 2, la création d'un WC dédié à l'accueil de jour, et la refonte des bureaux et espaces administratifs. La salle de pause nouvellement construite permettra de libérer une salle d'activité pour le sport adapté ou accueillir le futur PASA.

Enfin, l'opération se terminera en 2024 et 2025 par la pose de volets roulants dans certaines circulations et la refonte de la signalétique.

Ce PPI d'environ 500 000€ a bénéficié d'une subvention du PAI CNSA (99079€) et du Conseil départemental (70 000€).

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS4 - SP01	Orientations pluriannuelles	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Déployer une analyse financière pluriannuelle	
Action	Mettre en place un nouveau programme d'investissement mobilier voire immobilier	2026
Action	Finaliser le PPI en cours (volets, signalétique)	2025
Action	Intégrer le suivi des indicateurs financiers sur un plan pluriannuel	2028
Action	Fiabiliser les prévisions via un consultant externe dans le cadre de la direction commune	2028

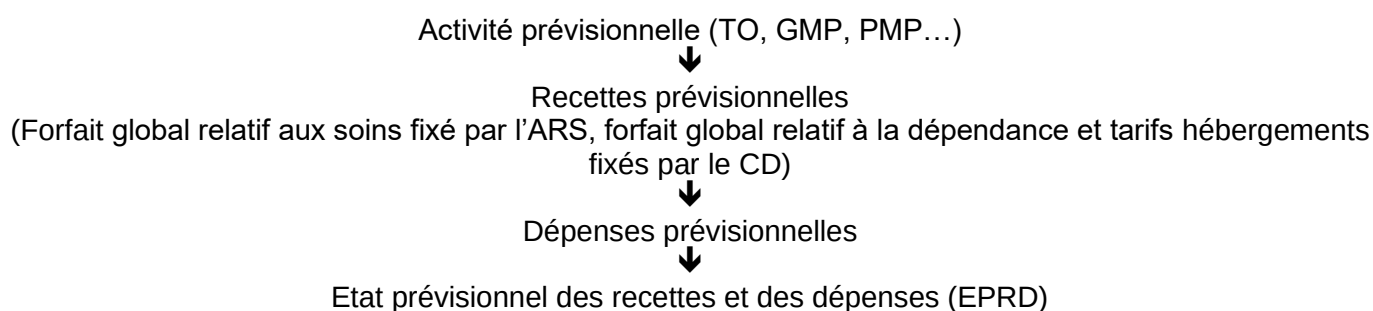
Gestion budgétaire et financière (PS4-SP02)

L'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)

La réforme de la tarification des EHPAD, instituée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 et le décret d'application n° 2016-1815 du 21 décembre 2016, modifie les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Jusqu'à 2016, les dépenses induisaient les recettes. L'EHPAD évaluait ses dépenses pour élaborer son budget prévisionnel qu'il négociait avec les autorités de tarification jusqu'à fixation des dotations et des tarifs par arrêtés.

A partir de janvier 2017, la logique est inversée et l'enveloppe budgétaire est établie à partir des recettes :



Il s'agit d'instituer une tarification dite « à la ressource ».

Le calcul des forfaits soins et dépendance est établi à partir d'équations tarifaires.

En revanche, pour la section Hébergement, la détermination des tarifs hébergement reste soumise à une procédure contradictoire dans l'attente de la définition d'une pluri annualité budgétaire dans le cadre de la signature du futur CPOM.

Un EPRD prévisionnel est présenté en octobre de l'année précédente, il permet notamment de déterminer le tarif hébergement et la négociation avec le Conseil départemental sur la base de la lettre de cadrage.

Les autres sections sont également présentées afin d'ouvrir les crédits pour l'année suivante, dans l'attente des notifications des forfaits Soins et Dépendance.

A réception des notifications, l'établissement construit son EPRD définitif transmis avant le 30 juin de l'année concernée par l'EPRD. Il est ensuite soumis à validation des autorités de tarification.

Au sein de cet EPRD, les onglets relatifs au PGFP sont renseignés et permettent son actualisation au regard de la situation financière constatée à la clôture de l'exercice antérieur.

L'Etat réalisé des recettes et des dépenses (ERRD)

Tous les ans, l'établissement transmet aux autorités de tarification son Etat réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) accompagné d'un rapport d'activité. Cette transmission doit avoir lieu au 30 avril de l'année qui suit l'exercice.

Ce rapport et cet ERRD permettent d'explicitier et de justifier de l'emploi des crédits et des choix budgétaires de l'établissement.

Les autorités de tarification émettent des remarques et valident ou modifient les choix d'affectation des résultats proposés par le Conseil d'administration sur la base du rapport du Directeur.

La situation financière de l'établissement ainsi que son compte de gestion et son bilan sont ainsi présentés et servent de base à la rectification des prévisions financières et d'investissement de l'année en cours.

Le rapport présenté et transmis n'est pas qu'un simple rapport d'exécution budgétaire, il présente le bilan de diverses actions de l'établissement (bilan social, bilan de l'avancée de la démarche de qualité et de gestion des risques, difficultés de l'exercice...).

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS4 - SP02	Gestion budgétaire et financière	
Co-pilote	Adjointe des cadres	
Objectif	Garantir une analyse budgétaire et financière efficiente	
Action	Détailler le rapport au regard des éléments d'analyse pertinents à la compréhension du budget	2025
Action	Renforcer le pilotage des indicateurs budgétaires et financiers tout au long de l'année	2028
Action	Renforcer le suivi budgétaire et comptable en infra-annuel	2026
Action	Engager les actions nécessaires afin d'anticiper les créances irrécouvrables	2025

Fonction achat (PS4-SP03)

La fonction achat est stratégique et porteuse d'optimisation des dépenses au sein de l'établissement. En effet, les efforts engagés sur ce volet de dépense ne portent pas sur les charges de personnel qui sont difficilement modulables au regard des besoins accru de nos prises en charges.

Une bonne gestion des achats est donc essentielle à la pérennisation de nos activités ainsi qu'au bon usage des deniers publics.

Aussi, l'établissement s'est engagé dans l'optimisation et la sécurisation de ces achats dans tous les domaines. Cet effort se base sur la participation à des centrales de référencement, des centrales d'achats ou des groupements d'achat permettant de réaliser des économies ou de sécuriser juridiquement la passation de marchés complexes.

Ainsi, l'établissement adhère au Groupement « Achats en santé d'Occitanie » et à d'autres marchés régionaux. Il gère en interne certains marchés comme l'approvisionnement alimentaire ou les assurances. Un travail de mutualisation et de coordination est également en préparation au sein du Groupement des EHPAD du Roussillon.

La gestion des contrats de fournitures ou de services inférieurs à 40 000 euros ne sont pas soumis à une procédure adaptée ni formalisée. L'établissement assure une mise en concurrence régulière de ces contrats lors de consultations mais le suivi et l'évaluation de ces engagements, parfois pluriannuels, doivent encore être renforcés.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS4 - SP03	Fonction achat	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Optimiser la gestion de la fonction achat	
Action	Renforcer la sécurité juridique des marchés (mutualisation, cahiers des charges, consultants...)	2026
Action	Renforcer le suivi des achats en favorisant la mise en concurrence régulière des prestataires	2028
Action	Evaluer la pertinences des produits et services au regard des besoins afin d'adapter les cahiers des charges	2026

Contrôle de gestion et comptabilité analytique (PS4-SP04)

L'objectif premier du contrôle de gestion est d'améliorer la façon de conduire l'établissement et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Ce processus possède donc un caractère transversal : tous les services sont impliqués dans l'analyse et, par extension, tous les collaborateurs sont touchés par la mise en œuvre de nouvelles méthodes de travail.

Il s'agit essentiellement de la généralisation d'audits internes visant à s'assurer que les ressources humaines et matérielles sont utilisées de la façon la plus efficace qui soit, afin d'atteindre les objectifs fixés par le projet d'établissement ou les autorités de tarification.

Encore peu développée en EHPAD, cette pratique se développe notamment dans les centres hospitaliers sous la pression des contraintes budgétaires et des attentes fortes des usagers.

Elle permet surtout d'analyser la pertinence des fonctionnements, de questionner les habitudes (achats, choix de matériel ou utilisation...).

Dans le cadre de ce contrôle, l'établissement devra au préalable déployer une démarche de comptabilité analytique de ses principales activités (services, activités spécifiques) afin d'apprécier le coût réel de ses activités et d'en assurer un suivi pertinent.

La comptabilité analytique est un système de comptes permettant d'identifier et de valoriser les éléments constitutifs du résultat de l'exercice et d'en permettre l'interprétation et l'exploitation par la direction ou l'administration. Elle rapproche chaque produit de ses coûts, qu'ils aient été encourus dans l'exercice ou dans des périodes précédentes. Cette méthode permet de mieux apprécier la situation des services ou des prestations. Elle peut servir de base à un contrôle de gestion efficace et devra être réfléchi, ainsi que les outils pour permettre ces distinctions (logiciel compatible, tableaux de bord, etc).

L'établissement ne dispose pas des compétences ni du temps nécessaire au sein de l'équipe administrative en interne pour mener elle-même une stratégie très développée de comptabilité analytique ou de contrôle de gestion.

Cette ambition doit donc être ciblée par l'établissement au regard de ses activités stratégiques, voire faire appel à une volonté mutualisée (coopération) ou à des prestataires externes le cas échéant.

Objectifs et actions à réaliser		Échéance
PS4 - SP04	Contrôle de gestion et comptabilité analytique	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Engager l'établissement dans une démarche de comptabilité analytique et contrôle de gestion	
Action	Cibler les activités pouvant faire l'objet d'une comptabilité analytique	2026
Action	Cibler les thématiques qui pourraient faire l'objet d'un contrôle ou d'audits internes	2026
Action	Former l'équipe administrative aux principes du contrôle de gestion	2026
Action	Réfléchir aux outils et aux indicateurs nécessaires au contrôle de gestion	2026

CONCLUSION

Ce troisième projet d'établissement est un socle fédérateur et mobilisateur, un guide pour les équipes, la définition du présent et la vision de l'avenir.

Fruit du travail d'une équipe pluridisciplinaire ainsi que de la participation de résidents de familles ce projet d'établissement s'est construit longuement afin d'être le plus représentatif de l'essence du Ruban d'Argent.

Ce projet d'établissement, formalise pour une période de cinq ans, s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement apporté aux résidents.

Il propose un certain nombre de perspectives de travail qui permettront de rendre l'organisation davantage efficiente, en lien avec les projets de développement de la Résidence.

Ce projet répond à trois questions :

- Que faisons-nous et pourquoi ?
- Où voulons-nous aller ?
- Quelles améliorations faut-il mettre en place pour y arriver ?

Il présente 5 caractéristiques :

- C'est un document écrit.
- C'est un texte de référence.
- C'est un pacte de participation.
- C'est un message de l'ensemble des acteurs à l'ensemble de nos partenaires.
- C'est un projet mobilisateur et dynamisant.

Le projet d'établissement au-delà d'un simple outil de gestion à moyen terme représente une véritable référence pour le directeur, le personnel, mais aussi l'ensemble des partenaires de l'établissement.

La dynamique créée autour de ce projet d'établissement est un engagement de qualité de service et de bienveillance dans l'accompagnement de nos résidents.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 - Méthodologie et calendrier d'élaboration du Projet d'établissement

ANNEXE 2 - Charte des droits et libertés et de la personne âgée dépendante

ANNEXE 3 - Cartographie des processus

ANNEXE 4 - Exemple de fiche de groupe de travail

ANNEXE 5 - Organigramme de l'établissement

ANNEXE 1 - Méthodologie et calendrier d'élaboration du Projet d'établissement



PROJET D'ETABLISSEMENT 2024-2028

Méthodologie et calendrier global

	MISSIONS	COMPOSITION
LE COMITE DE PILOTAGE QUALITE GESTION DES RISQUES	Préparer et communiquer sur la démarche.	Les membres du COPIL.
	Valider les grandes étapes et le déroulé de la démarche.	
	S'assurer du bon déroulement de la démarche et du respect du calendrier.	
	Relire et valider le projet final.	
LES GROUPES DE TRAVAIL	Analyser le processus, faire le bilan du précédent projet, définir les objectifs, actions et les nouveaux projets.	Personnel volontaire, les bénévoles et partenaires, les membres du CSE et du CVS, etc.

LES COMITES DE PILOTAGE ET INSTANCES	
26/02/2024	COPIL DE LANCEMENT
05/06/2024	COPIL INTERMEDIAIRE
09/09/2024	COPIL INTERMEDIAIRE
01/10/2024	COPIL INTERMEDIAIRE
23/10/2024	PRESENTATION POUR AVIS EN CVS
23/10/2024	PRESENTATION POUR AVIS EN CSE
24/10/2024	VOTE DU PROJET EN CONSEIL D'ADMINISTRATION
03/12/2024	PRESENTATION EN COMMISSION DE COORDINATION GERIATRIQUE

LES GROUPES DE TRAVAIL	
Chaque groupe de travail fera l'objet d'une fiche préparatoire précisant les attendus du groupe, les actions du précédent projet (PACQ) et les critères de la HAS à évaluer. Également, un quizzéo sera diffusé 15 jours avant le groupe permettant à chacun de faire ses observations en ligne. Les retours seront évoqués en groupe de travail.	
MERCREDI 15 MAI 9H00 à 11H00	GROUPE 1 : GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT, PRINCIPES ET VALEURS
CVS DU MARDI 28 MAI 9H30 à 12H00	GROUPE 2 : DROITS ET PARTICIPATION DES USAGERS
VENDREDI 31 MAI 15H00 à 17H00	GROUPE 3 : COMMUNICATION, RESEAUX ET PARTENARIATS
VENDREDI 17 MAI 14H00 à 17H00	GROUPE 4 : ADMISSION ET ACCUEIL DES RESIDENTS
JEUDI 16 MAI 14H00 à 17H00	GROUPE 5 : PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE
JEUDI 23 MAI 14H00 à 17H00	GROUPE 6 : ACCOMPAGNEMENT MEDICAL ET PARAMEDICAL
MARDI 28 MAI 14H00 à 17H00 - MERCREDI 12 JUIN 9H00 à 12H00	GROUPE 7 : PREVENTION ET GESTION DES RISQUES
LUNDI 10 JUIN 14H00 à 17H00	GROUPE 8 : ACCOMPAGNEMENTS SPECIFIQUES, CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

MARDI 11 JUIN 9H00 à 17H00	GRUPE 8 : ACCOMPAGNEMENTS SPECIFIQUES, HT, ACCUEIL DE JOUR, UNITE PROTEGEE
MERCREDI 29 MAI 09H00 à 12H00	GRUPE 9 : ACTIVITES, ANIMATIONS ET VIE SOCIALE
JEUDI 6 JUIN 14H00 à 17H00	GRUPE 10 : FIN DE VIE, SOINS PALLIATIFS, SORTIE OU DECES
MARDI 25 JUIN 13H30 à 17H00	GRUPE 11 : RESSOURCES HUMAINES RECRUTEMENT, CARRIERE, FORMATION ORGANISATION DU TRAVAIL, DURP, QVT
VENDREDI 20 SEPTEMBRE 14H00 à 17H00	GRUPE 12 : HEBERGEMENT, CADRE DE VIE, HYGIENE DES LOCAUX ET DU LINGE
LUNDI 13 MAI 14H00 à 17H00	GRUPE 13 : RESTAURATION ACHATS, STOCKS, MATERIEL ET LOCAUX, HACCP PRESTATIONS, REPAS, ENQUETES, PROJETS
MERCREDI 19 JUIN 9H30 à 11H30	GRUPE 14 : MAINTENANCE, TRANSPORTS
LUNDI 26 SEPTEMBRE 9H30 à 11H30	GRUPE 15 : SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES, SYSTEME D'INFORMATION
VENDREDI 13 SEPTEMBRE 14H00 à 16H00	GRUPE 16 : ACHATS ET RESSOURCES FINANCIERES

ANNEXE 2 - Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante



CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.



1 - Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

2 - Droit à une prise en charge ou accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.



3 - Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement.



La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine. La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation.

La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge.
- Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement.



Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

5 - Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.





6 - Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

7 - Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.



8 - Droit à l'autonomie



Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

9 - Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement. Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.



10 - Droit à l'exercice des droits civiques

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

11 - Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

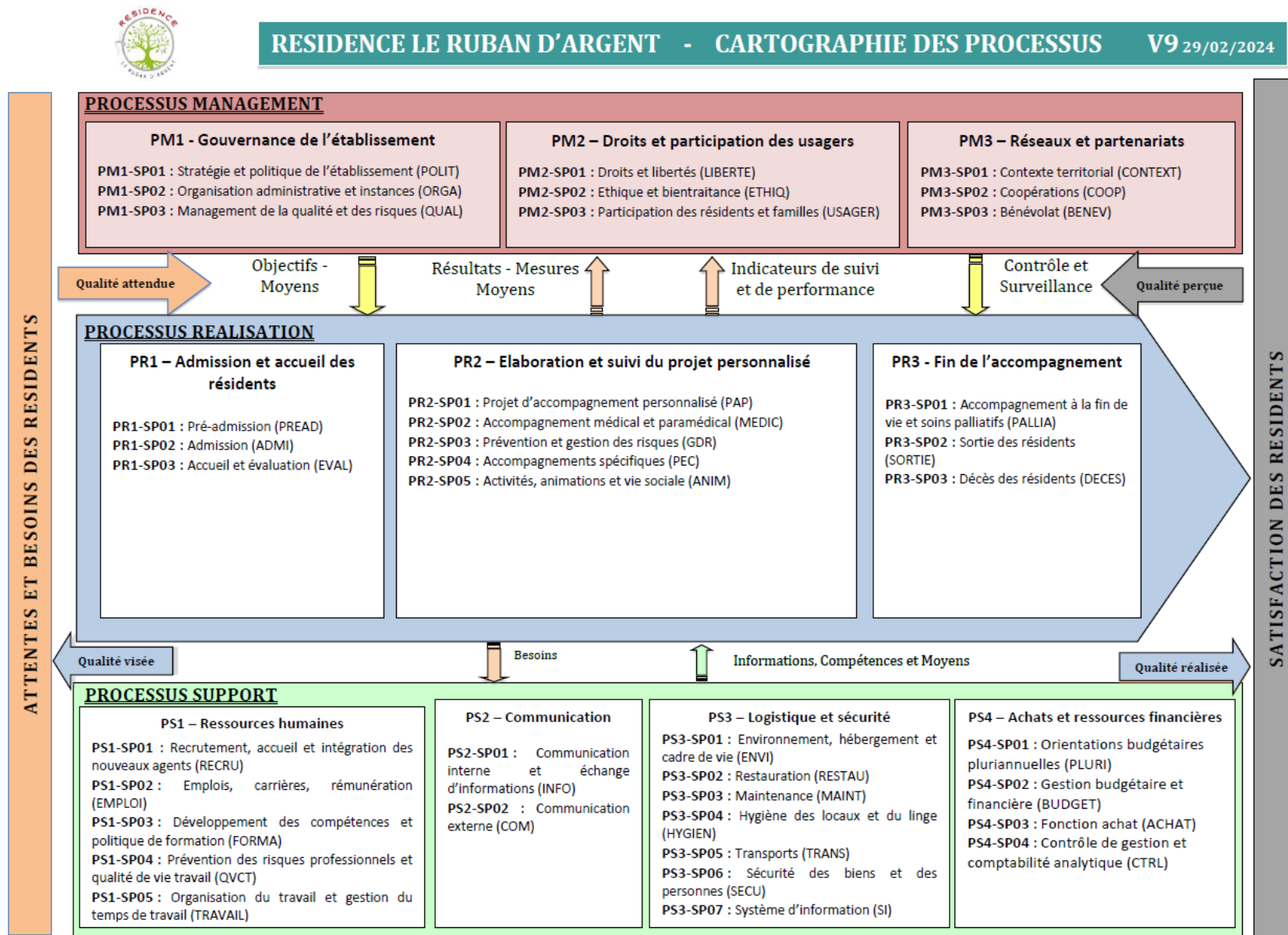


12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

ANNEXE 3 – Cartographie des processus



ANNEXE 4 – Exemple de fiche de groupe de travail

	PROJET D'ETABLISSEMENT 2024 - 2028 GROUPE 1 : GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT, PRINCIPES ET VALEURS
DATE	MERCREDI 15/05/2024 9H30 à 11H00 Salle de réunion de la Direction le ruban d'argent
OBJECTIFS	Ce groupe a pour objectifs de formaliser les grands principes de gouvernance et d'organisation générale de l'établissement au regard de ses missions et leur évolution dans cinq ans. Ce groupe doit permettre de dégager les grandes valeurs qui figureront dans les premières parties du document. En effet, de ces principes et de la politique de l'établissement découlent toutes les autres parties et les projets à mettre en place.
PROCESSUS CONCERNE(S)	PM1 – Gouvernance de l'établissement PM1-SP01-Stratégie et politique de l'établissement PM1-SP02-Organisation administrative et instances PM1-SP03-Management de la qualité et des risques
REFERENCES	Décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux HAS - Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux –Mars 2022
ATTENTES HAS	L'évaluation vise à apprécier la capacité de l'établissement à impulser la bientraitance et l'éthique, à garantir les droits des personnes accompagnées, à favoriser leur expression et leur participation, à organiser la co-construction et la personnalisation des projets d'accompagnement, à proposer une stratégie d'accompagnement à l'autonomie et à la santé, à construire une politique de ressources humaines et une démarche qualité et de gestion des risques au bénéfice des accompagnements. Attention : Critère impératif sur les droits de la personne accompagnée, sur la prévention des risques de maltraitance et de violence, la stratégies qualité et gestion des risques (EI, plaintes et réclamations, gestion de crise et continuité de service)
LES QUESTIONS A SE POSER	✓ Quelle est la stratégie de l'EHPAD pour les cinq prochaines années (en termes de développement ou transformation des activités, moyens, grandes orientations) ? ✓ Quelle est la stratégie et l'organisation à mettre en place dans le cadre de la prochaine direction commune ? Comment la pérenniser et associer l'ensemble des acteurs ? ✓ Quels sont les outils de gouvernance et comment les améliorer (Management, travail en mode projet...) ? ✓ Quels sont les axes et objectifs principaux du projet d'établissement et comment les faire vivre et en assurer le suivi ? ✓ Quelles sont les principes et valeurs à mettre en avant ? (Concept de personne, humanité, bientraitance, éthique, personnalisation des prises en charge, droit de la personne...) ✓ Quelles évolutions pour l'organisation et le fonctionnement administratif de l'EHPAD ? (Archivage, suivi de l'activité et tableaux de bord...) ✓ L'établissement a-t-il défini sa politique qualité et gestion des risques ? Comment est-elle partagée avec l'ensemble des acteurs ?

	✓ Comment est organisé le management de la qualité et gestion des risques de l'établissement et quelles sont les perspectives d'amélioration ? (Plan d'actions, missions des instances, référents, gestion documentaire, gestion de crise, gestion et traitement des événements indésirables, plaintes et réclamations, suivi des évaluations, RBPP, risque médicamenteux, risque infectieux ...) ✓ Comment améliorer la veille légale et réglementaire au quotidien et permettre une actualisation des procédures au regard des évolutions ? ✓ Quelle est la stratégie de développement durable de l'établissement ? (Achats, installations, économies d'énergie...) ? Comment parler de développement durable au sein de l'établissement ? (Atelier, défi collectif ou individuel, conférence, infographie, ...)
--	--

Processus de l'établissement	ACTIONS	ETAT D'AVANCEMENT
PM1-SP01 : Stratégie et politique de l'établissement	Participer à la réussite de la démarche d'évaluation externe et à l'actualisation du projet d'établissement	A initier
	Demander un passage à 50% d'habilitation à l'aide social à l'hébergement	Engagé
	Réaliser des bilans intermédiaires des objectifs du CPOM	Engagé
	Faire un bilan annuel de l'avancée du projet d'établissement dans le rapport d'activité	Engagé
	Actualiser le projet d'établissement à mi-parcours	Engagé
	Développer nos missions en créant un PASA : dossier déposé	Engagé
	Négocier le CPOM	Engagé
	Labelliser l'unité protégée en UHR	Engagé
PM1-SP02 : Organisation administrative et instances	Faire un point avec Isabelle MUNIESA sur la répartition des tâches au sein du secrétariat administratif	A initier
	S'impliquer dans la future organisation de la direction commune (nouvelle organisation administrative commune)	A initier
	Faire un point avec Florence CONESA sur la répartition des activités administratives (en lien avec la direction commune également)	A initier
	Engager le travail sur l'actif en lien avec la trésorerie	A initier
	Actualiser la délégation de signature et travailler à la polyvalence de l'équipe d'encadrement	A initier
	Renforcer les échanges et améliorer la communication orale à l'accueil	Engagé
PM1-SP03 : Management de la qualité et des risques	Améliorer la communication sur le risque de canicule	Engagé
	Développer un système de prévention et d'alerte en cas d'alerte climatique (épisodes cévenols, orages, tempêtes)	Engagé
	Renforcer le suivi des événements indésirables en lien avec le COPIL et les équipes soignantes et administratives	Engagé
	Faire un bilan annuel de l'avancée des actions liées au développement durable	Engagé

	Intégrer la réflexion durable dans l'ensemble des analyses de processus	Engagé
	Actualiser les protocoles et procédures de gestion des crises et des urgences	Engagé
	Mettre en place une veille sur les sujets médicaux-soignants	Engagé
	Renforcer le suivi et le pilotage des indicateurs	Engagé
	Mettre en ligne et diffuser les RBPP à l'ensemble des professionnels	Engagé

ANNEXE 5 - Organigramme de l'établissement

