

EHPAD
Au gré du vent

Place Michel Labrousse
19240 ALLASSAC

☎ 05 55 84 89 89 ☎ 05 55 84 89 80



PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2026 - 2030



EHPAD AU GRÉ DU VENT - ALLASSAC

EHPAD « Au Gré du Vent »
3 Place Michel Labrousse – 19240 ALLASSAC
Tel : 05 55 84 89 89 – Fax : 05 55 84 89 80
Mail : administration@augreduvent19.fr

SOMMAIRE

GLOSSAIRE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	9
PRÉAMBULE.....	15
UN PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2026-2030.....	15
LA MÉTHODOLOGIE RETENUE	16
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	21
1) INTRODUCTION.....	21
2) PRÉSENTATION DÉTAILLÉE ET INDICATEURS	22
2-1) Fiche d'identification	22
2-2) Capacité et taux d'occupation	23
2-3) Description des locaux.....	23
3) POPULATION ACCUEILLIE ET PRISE EN SOINS	25
3-1) Population accueillie à l'EHPAD.....	25
3-2) Population prise en soin par le SSIAD.....	29
4) DONNÉES MÉDICALES	32
4-1) Données médicales de l'EHPAD.....	32
4-2) Données médicales du SSIAD	35
5) PRIX DE JOURNÉE.....	36
DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE.....	39
1) DIAGNOSTIC EXTERNE.....	39
1-1) Position géographique.....	40
1-2) Analyse démographique.....	42
1-3) Taux d'équipement en structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	44
1-4) Les orientations gérontologiques départementales	48
1-5) Le schéma régional de santé	51
1-6) Les réformes structurantes en cours.....	53
1-6-1) Les Services Autonomie à Domicile	53
1-6-2) Les Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux	54
2) DIAGNOSTIC INTERNE	55
2-1) Diagnostic interne du SSIAD	55
2-1-1) Synthèse de l'évaluation interne 2019-2021	55
2-1-2) Synthèse de l'évaluation externe 2021	59
2-1-3) Synthèse des dernières enquêtes de satisfaction.....	62
2-2) Diagnostic interne de l'EHPAD.....	63

2-2-1) Synthèse du CPOM 2024-2028	64
2-2-2) Synthèse des dernières enquêtes de satisfaction.....	68
3) MATRICES SWOT.....	71
3-1) Matrice SWOT du SSIAD	71
3-2) Matrice SWOT de l'EHPAD.....	73
POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT	77
1) NOTRE « MÉTIER ».....	77
1-1) Le métier du SSIAD	77
1-2) Le métier de l'EHPAD.....	78
2) NOS VALEURS	79
3) POLITIQUE GÉNÉRALE	81
LE PROJET DE VIE	83
1) LA DÉMARCHE	83
1-1) Le groupe de travail.....	83
1-2) Réunions et thèmes abordés.....	84
2) LES ORIENTATIONS DU PROJET DE VIE	85
2-1) L'admission, l'accueil, les droits et libertés, le décès	87
2-1-1) Préparation en amont des admissions	87
2-1-2) Préparation de l'accueil	89
2-1-3) Accueil et intégration du résident	91
2-1-4) Droits et libertés du résident	93
2-1-5) Gestion des décès et accompagnement des familles	100
2-2) La restauration	100
2-2-1) Préparation des repas.....	101
2-2-2) Prise des repas	103
2-3) Les autres prestations hôtelières	105
2-3-1) Entretien du linge	105
2-3-2) Hygiène des locaux	107
2-3-3) Maintenance des locaux	108
2-3-4) Sécurité incendie	112
LE PROJET DE SOINS	115
1) MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	115
1-1) Le groupe de travail.....	115
1-2) Réunions et thèmes abordés.....	116
2) LES ORIENTATIONS DU PROJET DE SOINS	122
2-1) Philosophie de soins	122
2-2) Organisation et continuité des soins	122
2-2-1) Le personnel soignant.....	123

2-2-2) La permanence médicale	128
2-2-3) Intervention des paramédicaux	131
2-2-4) Le suivi des soins.....	132
2-2-5) Les partenaires médicaux et dispositifs mobilisables	134
2-2-6) Les prestataires et appels à projets	137
2-3) Accompagnement des résidents dans les soins	138
2-3-1) L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS).....	138
2-3-2) Soins personnalisés et préventifs	145
2-3-3) Accompagnement psychologique et prise en soins des troubles neurodégénératifs et comportementaux.....	154
2-3-4) Les soins palliatifs	162
2-3-5) Sécurisation du circuit du médicament	167

LE PROJET D'ANIMATION.....175

1) DÉMARCHE DE TRAVAIL.....	175
1-1) Le groupe de travail	175
1-2) Réunions et thèmes abordés	176
2) LES ORIENTATIONS DU PROJET D'ANIMATION	178
2-1) Positionnement du Projet d'Animation.....	178
2-2) Cadre législatif et réglementaire de l'animation en EHPAD	179
2-3) Valeurs et principes fondamentaux du Projet d'Animation	180
2-4) Objectifs généraux du Projet d'Animation	181
2-5) État de l'existant et projection pour l'avenir.....	182
2-5-1) Animations régulières existantes.....	182
2-5-2) Évènements ponctuels et temps forts institutionnels.....	184
2-5-3) Partenariats existants et envisagés	186
2-5-4) Projets innovants identifiés	186
2-5-5) Priorisation des actions.....	187

LE PROJET SOCIAL191

1) LA DÉMARCHE DU GROUPE « PROJET SOCIAL »	191
1-1) Le groupe de travail	191
1-2) Réunions et thèmes abordés	192
2) LES ORIENTATIONS DU PROJET SOCIAL	193
2-1) Introduction.....	193
2-1-1) Définition du Projet Social	193
2-1-2) Quelques chiffres	194
2-2) Les réflexions du groupe de travail.....	197
2-2-1) Ressentis des participants sur le climat social	197
2-2-2) État des lieux de la Qualité de Vie au Travail (QVT).....	198
2-2-3) Développement des formations	203
2-2-4) Accueil des stagiaires	203
2-2-5) Accueil des nouveaux agents	204
2-2-6) Santé au travail	204
2-2-7) Analyse des pratiques professionnelles.....	206

2-2-8) Anticipation des départs en retraite	206
2-2-9) Amélioration de la communication	207
2-2-10) Le télétravail	207
2-2-11) Implication dans la lutte contre les violences conjugales, intrafamiliales et de genre	208

LE PROJET SSIAD209

1) LA DÉMARCHE 209

1-1) Le groupe de travail	209
1-2) Réunions et thèmes abordés	210

2) LES ORIENTATIONS DU PROJET DE SERVICE SSIAD 211

2-1) Valeurs et principes du Service	212
2-1-1) Promouvoir la bientraitance et le respect de l'utilisateur	212
2-1-2) Développer une dynamique de gestion des risques	213
2-1-3) Poursuivre une démarche qualité continue	214
2-2) Organisation du Service	214
2-2-1) L'équipe pluridisciplinaire du SSIAD et autres professionnels	214
2-2-2) Rôles et fonctions	216
2-2-3) Gestion administrative	218
2-2-4) Gestion du personnel	219
2-2-5) Gestion financière	219
2-2-6) Gestion des achats et des stocks	219
2-2-7) Sécurité et hygiène des locaux	220
2-3) Fonctionnement quotidien	220
2-3-1) Modalités de planification des tournées	220
2-3-2) Système de communication interne et externe	220
2-3-3) Continuité des soins et de service	222
2-4) Parcours de l'utilisateur	222
2-4-1) L'admission	222
2-4-2) Le déroulement de la prise en soins	223
2-4-3) Le Projet d'Accompagnement Personnalisé	224
2-4-4) Fin de prise en soins	225
2-4-5) L'accompagnement de fin de vie et le décès	226
2-5) Particularités de l'intervention à domicile	226
2-5-1) La prise de distance	226
2-5-2) Les clefs	227
2-5-3) Le risque infectieux et les épidémies	227
2-5-4) Le circuit des médicaments	228
2-5-5) Les situations d'urgence	228
2-5-6) Conditions de déplacement et sécurité des trajets	228
2-6) Objectifs spécifiques du Service	229
2-6-1) Déceler les risques de la fragilité de la personne âgée	229
2-6-2) Soutien aux aidants	230
2-6-3) Renforcer la coordination avec les autres acteurs	230
2-6-4) Développement des compétences professionnelles	231
2-6-5) Construction d'un SAD	232
2-7) Dispositifs de pilotage	233
2-7-1) Réunion de présentation	233

2-7-2) Comité Qualité SSIAD.....	233
2-7-3) Fiches actions / calendrier prévisionnel	233
2-8) Conclusion	233

LE PROJET QUALITÉ.....235

1) LA DÉMARCHE 235

1-1) Le groupe de travail	235
1-2) Réunions et thèmes abordés.....	236

2) LES ORIENTATIONS QUALITÉ..... 238

2-1) Introduction.....	238
2-2) Les réflexions du groupe de travail.....	240
2-2-1) Définition de la qualité	240
2-2-2) Temps de qualicien	242
2-2-3) Logiciel Qualité	243
2-2-4) Enquêtes de satisfaction résidents / familles / personnels	244
2-2-5) Création d'enquêtes à un mois résidents et familles	245
2-2-6) Plaintes et réclamations	247
2-2-7) Événements indésirables et Comités de Retours d'EXpérience (CREX).....	248
2-2-8) Comités Qualité	250
2-2-9) Réunions de coordination.....	252
2-2-10) Communication vis-à-vis des familles.....	252
2-2-11) Situations Sanitaires Exceptionnelles	253
2-2-12) Bienveillance, prévention et lutte contre la maltraitance, éthique	254
2-2-13) Politique de développement durable	256
2-2-14) Démarche d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux (DAMRI)	258
2-2-15) Politique numérique	259
2-2-16) Évolution des dispositifs de médiation	260
2-2-17) Préparation de l'Évaluation	261

SYNTHÈSE DES ACTIONS ET OBJECTIFS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....263

CONCLUSION.....277

GLOSSAIRE DES SIGLES ET ACRONYMES

Sigle / Acronyme	Signification
ADCH	Adjoint Des Cadres Hospitaliers
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AES	Accompagnant Éducatif et Social
AFGSU	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
AFNOR	Association Française de NORmalisation
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ALSH	Accueil de Loisirs Sans Hébergement
AMP/ASG	Aide Médico-Psychologique / Assistant de Soins en Gérontologie
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
APA	Activité Physique Adaptée / Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASH(Q)	Agent des Services Hospitaliers (Qualifié)
ASSP	Accompagnement, Soins et Services à la Personne
ASV	Adaptation de la Société au Vieillissement
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BMR	Bactérie Multi-Résistante
CAA	Communication Alternative et Améliorée
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles

CCECQA	Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Nouvelle-Aquitaine
CEE	Certificat d'Économie d'Énergie
CH	Centre Hospitalier
CHG	Centre Hospitalier Gériatrique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNO	Complément Nutritionnel Oral
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CSE	Comité Social d'Établissement
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DA	Directives Anticipées
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DAMRI	Démarche d'Analyse et Maîtrise du Risque Infectieux
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
DMLA	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
DMP	Dossier Médical Partagé
DPI	Dossier Patient Informatisé
DPO	Délégué à la Protection des Données
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSA	Défibrillateur Semi-Automatique
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

DUI	Dossier Usager Informatisé
ECBU	Examen CytoBactériologique des Urines
ECPA	Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Âgée non communicante
ECS	Eau Chaud Sanitaire
EGS	Évaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EI	Événement Indésirable
EIGS	Événement Indésirable Grave associé aux Soins
EMH	Équipe Mobile d'Hygiène
EMSP	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
EN	Échelle Numérique
EPRD	État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ERP	Établissement Recevant du Public
ERRD	État Réalisé des Recettes et des Dépenses
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissement ou Service Social ou Médico-Social
ETP	Équivalent Temps Plein
EVA	Échelle Visuelle Analogique
FALC	Facile à Lire et à Comprendre
FEI	Fiche de signalement d'Évènement Indésirable
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GDS	Geriatric Depression Scale
GEA	Gastro-Entérite Aiguë
GED	Gestion Électronique des Documents
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GTSMS	Groupement Territorial Social et Médico-Social
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point (système d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques)
HAD	Hospitalisation À Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDS	Hébergement de Données de Santé
HTU	Hébergement Temporaire d'Urgence
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDEC	Infirmière Diplômée d'État Coordonnatrice
IDEL	Infirmier Diplômé d'État Libéral
IFAS	Institut de Formation d'Aides-Soignants
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMC	Indice de Masse Corporelle
INS	Identifiant National de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
LDG	Lignes Directrices de Gestion
MEOPA	Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote

MJPM	Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs
MNA	Mini Nutritional Assessment
MMSE	Mini Mental State Examination
MOCA	Montreal Cognitive Assessment
MSS	Messagerie Sécurisée de Santé
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NPI-ES	Inventaire Neuropsychiatrique – Version pour Équipe Soignante
OAG	Oral Assessment Guide (grille d'évaluation de l'état de la bouche)
OHAT	Oral Health Assessment Tool
PAERPA	Parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PDA	Préparation des Doses à Administrer
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PMR	Personne à Mobilité Réduite
PPI	Plan Pluriannuel d'Investissement
QVT	Qualité de Vie au Travail
RABC	Risk Analysis Biocontamination Control (Analyse des risques de contamination microbiologique)
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RH	Ressources Humaines

ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RPS	Risques Psycho-Sociaux
RUD	Risque - Urgence - Dangersité
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAD	Service Autonomie à Domicile
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SEGA	Short Emergency Geriatric Assessment (évaluation rapide de la fragilité)
SEP	Sclérose En Plaques
SSI	Système de Sécurité Incendie
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SST	Sauveteur Secouriste du Travail
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (forces, faiblesses, opportunités, menaces)
TIAC	Toxi-Infection Alimentaire Collective
TGBT	Tableau Général Basse Tension
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TPMR	Transport de Personnes à Mobilité Réduite
TUG	Timed Up and Go
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

PRÉAMBULE

UN PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2026-2030

L'EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac, en tant qu'établissement médico-social, est soumis à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi impose, entre autres, à chaque structure la conception d'un Projet d'Établissement valable pour une durée maximale de 5 ans. Il s'agit notamment de définir sur cette période les valeurs, les orientations, et les objectifs que se fixe l'établissement.

Le présent Projet d'Établissement couvre la période Janvier 2026 – Décembre 2030. Il fait suite au Projet 2015-2020. En effet, alors que les travaux pour la conception d'un nouveau Projet d'Établissement avaient été entamés entre la fin d'année 2019 et le début d'année 2020 (détermination de la méthodologie, mise en place du Comité de pilotage et appel au volontariat pour la composition des groupes de travail), l'irruption du Covid dès le mois de février a entraîné l'arrêt de la démarche. La crise sanitaire est restée majeure jusqu'à l'été 2022, période à laquelle le variant Omicron était seul actif et le niveau de vaccination élevé. La moindre mortalité observée en population générale a alors permis de lever les dernières restrictions et de pouvoir se projeter de nouveau sur l'avenir.

L'été 2022 a également été le moment de réalisation d'un auto-diagnostic dans le cadre de la négociation du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, planifiée par le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé (ARS). À la suite, un diagnostic partagé a été élaboré à l'occasion d'une réunion tripartite en décembre 2022. L'établissement a alors proposé diverses fiches-actions, lesquelles ont donné lieu à discussions avec les autorités administratives. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), comportant 13 fiches-actions, a ensuite pu être signé en décembre 2024, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2024. Ce CPOM a constitué une base pour relancer la démarche relative à la conception du Projet d'Établissement.

Le Projet 2026-2030 prévoit de manière volontariste la poursuite de l'amélioration de la qualité des prestations. Il se termine par un tableau récapitulatif des fiches-actions, rendant plus lisibles les objectifs que l'établissement se fixe.

Il s'inscrit en amont de la réalisation de l'Évaluation, dans sa nouvelle version découlant de la Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, programmée par les autorités administratives au 3^{ème} trimestre 2027.

Outre les aspects réglementaires et le diagnostic territorial, la construction du présent Projet d'Établissement s'est notamment appuyée sur les enquêtes de satisfaction pour l'EHPAD et pour le SSIAD. Concernant l'EHPAD, le CPOM 2024-2028 a également constitué une base, tout comme les évaluations interne et externe côté SSIAD.

Le présent Projet d'Établissement a reçu des avis favorables lors du Conseil de Vie Sociale du jeudi 25 juin 2026 et lors du Comité Social d'Établissement du 18 juin 2026, avant d'être adopté à l'unanimité par le Conseil d'Administration en sa séance du 30 juin 2026.

LA MÉTHODOLOGIE RETENUE

Le présent Projet d'Établissement a été conçu selon une méthodologie participative.

Les personnels ont été sollicités pour participer aux différents groupes de travail, sur la base du volontariat.

Les résidents, les familles, les mandataires judiciaires, les personnels et les membres du Conseil d'Administration ont été informés de l'avancée du Projet à chacune des réunions institutionnelles : Conseil de Vie Sociale, Comité Social d'Établissement, Conseil d'Administration.

Pour des raisons de temps et de technicité, le choix a été fait de ne pas intégrer directement de résidents, de familles, de mandataires judiciaires au sein des groupes de travail et du Comité de pilotage, leurs indispensables apports provenant principalement des enquêtes de satisfaction détaillées réalisées annuellement et des diverses remontées émanant du Conseil de Vie Sociale. Au-delà des personnels, il est à noter que plusieurs stagiaires ont participé à des réunions du projet d'animation.

Pour concevoir ce projet, 6 groupes de travail ont été constitués :

- Projet de Vie ;
- Projet de Soins ;
- Projet d'Animation ;
- Projet Social ;
- Projet SSIAD ;
- Projet Qualité.

Après une période de sensibilisation débutée en mai 2025, accentuée à compter du mois de juin 2025 par une réunion générale aboutissant à l'appel à candidatures, sous la formule « Seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin », la composition des différents groupes a pu être finalisée au début du mois d'août 2025.

Les réunions de travail ont été programmées de septembre 2025 à janvier 2026. Chaque groupe de travail disposait entre autres des fiches-actions du CPOM 2024-2028 et de la synthèse des enquêtes de satisfaction pour guider ses réflexions.

Il n'a pas été conçu de projet architectural spécifique, l'établissement ayant été restructuré en 2010-2011. Les quelques aspects architecturaux ont été intégrés dans les réflexions des différents groupes projet mis en place, notamment le Projet de Vie et le Projet d'Animation.

Ainsi, dès le 22 mai 2025, une première réunion préparatoire à destination de l'encadrement a été organisée pour présenter la démarche de conception du Projet d'Établissement, expliquer le rôle de l'animateur de groupe de travail, préciser les objectifs du Comité de pilotage, évoquer l'organisation des groupes de travail... À cette occasion, il a été acté le choix des 6 groupes de travail, ainsi que celui des animateurs. La date de la réunion générale pour l'ensemble du personnel a également été fixée.

Le 5 juin 2025, la seconde réunion préparatoire a permis de déterminer la composition « professionnelle » de chaque groupe et de planifier une journée préférentielle dans la semaine pour les réunions de chacun des groupes. Enfin, la première réunion du Comité de pilotage a pu être planifiée le 1^{er} juillet 2025.

GROUPE	ANIMATEUR	FONCTION DES PARTICIPANTS	DATES DES RÉUNIONS
PROJET DE VIE	Mme MOGEDA / M. SOULIER Cadre de santé / Adjoint des cadres hospitaliers	Chef cuisinier 2 soignants 2 ASHQ hôtelier 1 adjoint administratif Et selon les thématiques du jour : Agent technique	Mardi 23 septembre Mardi 7 octobre Mardi 4 novembre Mardi 25 novembre Mardi 9 décembre
PROJET DE SOINS	Mme MOGEDA Cadre de santé	Médecin-coordonnateur 2 IDE Psychologue EHPAD 1 AS de nuit 2 AS de jour 1 agent intervenant au PASA (AES) 1 ASHQ hôtelier Et selon les thématiques du jour : 1 cuisinier Ergothérapeute 1 AS du SSIAD	Jeudi 25 septembre Jeudi 9 octobre Jeudi 6 novembre Jeudi 20 novembre Jeudi 11 décembre Jeudi 8 janvier

PROJET D'ANIMATION	Mme TALLET Animatrice	1 IDE 2 AES 2 AS 1 ASHQ hôtellerie 1 adjoint administratif 1 cuisinier Et selon les thématiques du jour : Psychologue EHPAD 1 AS du SSIAD	Lundi 22 septembre Lundi 6 octobre Lundi 24 novembre Lundi 8 décembre
PROJET SOCIAL	Mme LOUVET Adjoint administratif chargée des ressources humaines	3 soignants 1 agent technique 1 cuisinier 1 adjoint des cadres Et selon les thématiques du jour : 1 AS du SSIAD	Mercredi 24 septembre Mercredi 8 octobre Mercredi 5 novembre Mercredi 10 décembre
PROJET SSIAD	Mme PINHEIRO IDEC SSIAD	3 AS du SSIAD 1 AS EHPAD 1 adjoint des cadres Psychologue SSIAD	Mercredi 8 octobre Vendredi 10 octobre Vendredi 14 novembre Lundi 17 novembre Mercredi 10 décembre
PROJET QUALITÉ	M. SURGET Directeur	Cadre de santé 1 IDEC SSIAD / IDE 1 adjoint des cadres 2 AS 1 cuisinier 1 adjoint administratif	Lundi 29 septembre Lundi 13 octobre Mercredi 12 novembre Lundi 15 décembre

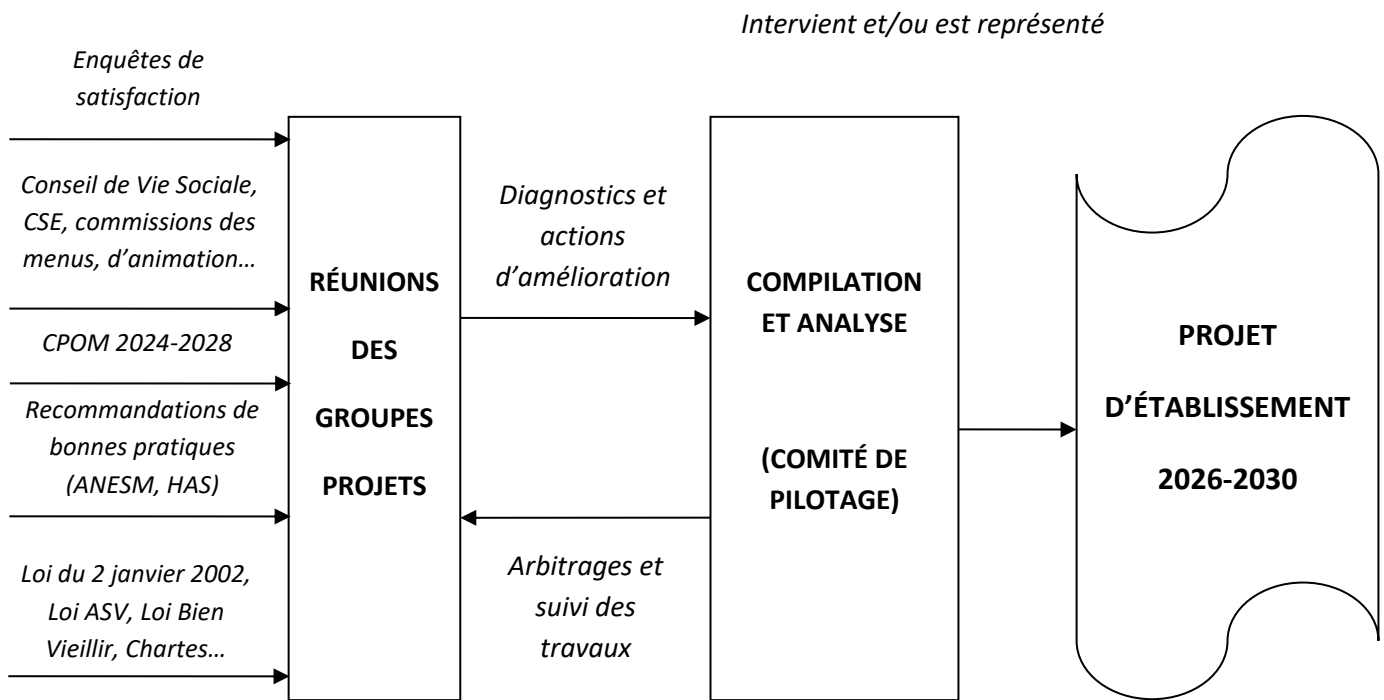
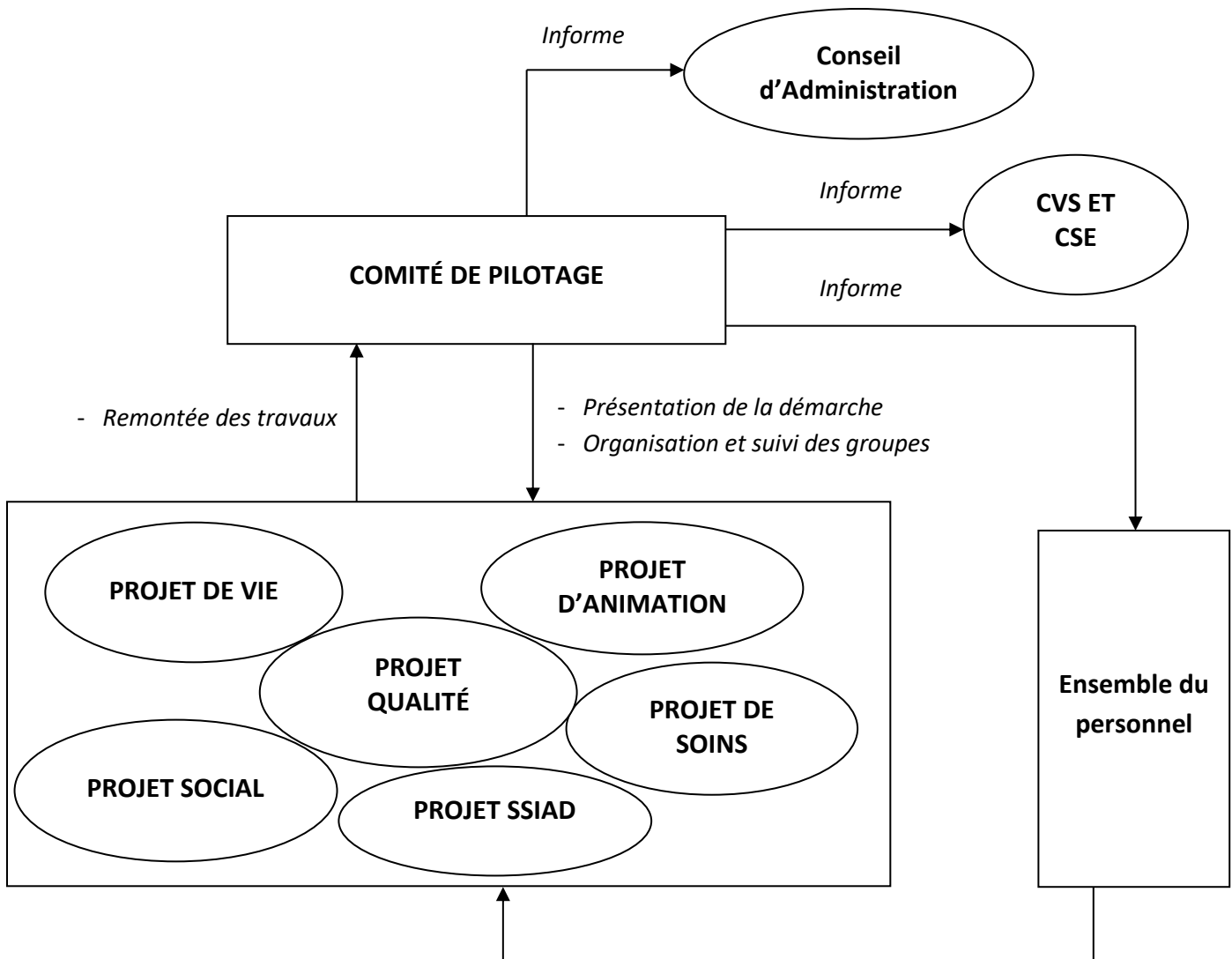
Un **Comité de pilotage**, comprenant chaque animateur de groupe projet, s'est réuni en amont, entre chaque « vague » de réunions de travail, puis en aval, avec pour mission de planifier les réunions des groupes de travail et de veiller au bon déroulement de la procédure de conception du Projet. Il a pu demander un approfondissement d'un point abordé, des précisions, des priorisations aux groupes de travail. Il a recueilli les synthèses des réunions élaborées par les animateurs. Il a validé les orientations prises. Il avait également pour rôle d'apporter au besoin

une aide méthodologique aux groupes. Il a sélectionné les objectifs retenus et les fiches-actions qui en découlent. Enfin, il a veillé à la rédaction de la version finalisée du document.

GROUPE	ANIMATEUR	FONCTION DES PARTICIPANTS	DATES DES RÉUNIONS
COMITÉ DE PILOTAGE	M. SURGET Directeur	Animateur Projet de Vie	Mardi 1 ^{er} juillet 2025
			Mardi 22 juillet 2025
		Animateur Projet de Soins	Jeudi 2 octobre 2025
			Jeudi 16 octobre 2025
		Animateur Projet d'Animation	Jeudi 13 novembre 2025
			Jeudi 4 décembre 2025
		Animateur Projet Social	Jeudi 18 décembre 2025
			Mercredi 22 avril 2026
		Animateur Projet SSIAD	Jeudi 23 avril 2026
		Animateur Projet Qualité	Mercredi 13 mai 2026
	Mercredi 20 mai 2026		
		Mercredi 27 mai 2026	

Par ailleurs, chaque animateur s'est vu remettre, préalablement aux réunions de son groupe, un document méthodologique rappelant les rôles et attitudes à adopter pour conduire efficacement des réunions de cet ordre, sans outrepasser ses prérogatives. Ceci a facilité la participation des divers membres des groupes de travail.

Il est possible de représenter schématiquement la méthodologie d'élaboration du Projet d'Établissement comme suit :



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1) INTRODUCTION

D'un point de vue historique, l'EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac était à l'origine un hospice. Il est certainement l'un des plus anciens établissements de bienfaisance du département. L'acte de sa fondation n'a pas pu être retrouvé, mais une lettre patente signée du Roi Louis XVI en novembre 1774 atteste de son existence depuis « les temps les plus reculés ».

L'EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac est un établissement public autonome relevant de la fonction publique hospitalière, qui a été restructuré en 2010-2011.

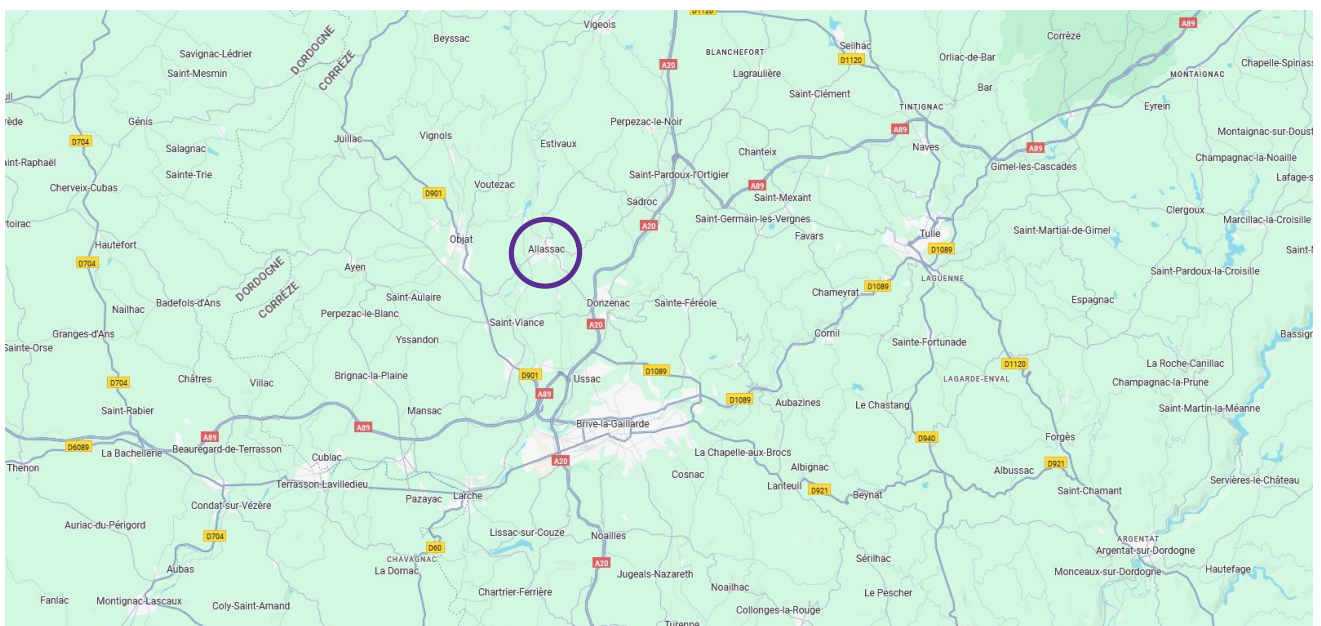
Il dispose actuellement d'une autorisation :

- d'accueil de 80 résidents en hébergement permanent,
- de 14 places de PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés),
- de 30 places de SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile).

Par ailleurs, l'EHPAD a participé depuis 2017 à l'expérimentation PAERPA (parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) avec la mise en disposition d'un lit. Bien que cette expérimentation ait été une réussite, ce lit est fermé depuis le 1^{er} janvier 2024 dans l'attente d'une autorisation d'une place d'HTU (Hébergement Temporaire d'Urgence). Pour ce faire, un lit d'hébergement temporaire doit être accordé à l'établissement pour transformation en HTU.

Un projet d'extension du SSIAD de trois places supplémentaires est à l'étude.

L'établissement se situe sur la commune d'Allasac, sur le canton d'Allasac, dans le bassin de Brive, en Basse-Corrèze :



L'EHPAD a l'avantage d'être situé à proximité immédiate du centre-ville et de son animation, mais il profite aussi du cadre verdoyant de la campagne environnante.

2) PRÉSENTATION DÉTAILLÉE ET INDICATEURS

La présente section a pour objectif d'apporter quelques informations complémentaires au lecteur. Vont ainsi être proposées une fiche d'identification de l'établissement, des données relatives à la capacité et au taux d'occupation, ainsi qu'une sommaire description des locaux.

2-1) Fiche d'identification

Raison sociale de l'établissement	EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac
Code FINESS juridique	190004754
Adresse	3 Place Michel Labrousse 19240 ALLASSAC
Téléphone / Fax / E-mail	Tél : 05 55 84 89 89 Fax : 05 55 84 89 80 E-mail : administration@augreduvent19.fr
Nature juridique de la structure	Établissement public autonome
Président du Conseil d'Administration	M. Jean-Louis LASCAUX
Directeur	M. Ludovic SURGET
Propriétaire des locaux	EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac
Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)	Date d'effet au 1 ^{er} janvier 2024

2-2) Capacité et taux d'occupation

L'EHPAD Au Gré du Vent propose 80 lits d'hébergement permanent ainsi qu'un PASA de 14 places.

En outre, l'établissement est **habilité à l'aide sociale pour l'intégralité de ses lits**.

À l'EHPAD est rattaché un SSIAD de 30 places, toutes destinées aux personnes âgées.

Taux d'occupation de l'EHPAD :

Année	2021	2022	2023	2024
Taux d'occupation	94,27%	95,57%	97,59%	97,81%

Nous observons que les taux d'occupation sont anormalement bas en 2021 et 2022, du fait des difficultés sanitaires liées au Covid. Le taux d'occupation remonte en 2023 et progresse très légèrement en 2024.

Il est attendu une remontée sur les prochaines années autour de 99% par la fluidification du travail de la Commission d'admission, de nombreuses personnes étant inscrites sur liste d'attente.

Taux d'occupation du SSIAD :

Année	2021	2022	2023	2024
Taux d'occupation	85,17%	97,66%	97,65%	97,92%

Le taux d'occupation 2021 a été extrêmement bas dans le contexte Covid. Dès 2022, le SSIAD est revenu à un taux d'occupation plus classique.

Les taux d'occupation montrent qu'EHPAD et SSIAD ne connaissent pas de difficultés d'admission.

2-3) Description des locaux

L'établissement est situé dans le centre-ville de la commune d'Allasac.

D'un point de vue architectural, l'EHPAD est constitué de 5 unités, réparties sur deux étages proposant chacun 40 chambres :

- Rez-de-jardin – Unité Montgolfières – 20 lits,
- Rez-de-jardin – Unité Blés au vent – 14 lits,
- Rez-de-jardin – Unité Éoliennes – 6 lits,
- 1^{er} étage – Unité Moulins à vent – 20 lits,
- 1^{er} étage – Unité Voile au vent – 20 lits.

Toutes ces unités sont ouvertes, aucune n'est sécurisée pour des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés à risque de sortie à l'insu de l'établissement. Cependant, l'EHPAD accueille des personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives en unités ouvertes lorsque la déambulation demeure intérieure.

De par sa restructuration récente, l'établissement propose uniquement des chambres individuelles, spacieuses, confortables, dotées de WC et salle d'eau privatifs et adaptés aux personnes accueillies. Les chambres sont équipées d'un lit médicalisé à hauteur variable. Du mobilier approprié est présent dans chaque chambre. Les résidents peuvent également emmener des petits meubles et sont invités à apporter des objets personnels.

En fonction des besoins des résidents, des lits de type Alzheimer et/ou des matelas spécifiques sont achetés ou loués par l'établissement.

En outre, chaque chambre du rez-de-jardin dispose d'un accès direct sur l'extérieur. Certaines chambres de l'étage offrent selon leur emplacement un accès à une coursive menant à une terrasse ou un balcon.

L'EHPAD propose également un salon de coiffure, un lieu de culte, un PASA et une salle thérapeutique équipée pour la kinésithérapie.

Afin de garantir la sécurité et le bien-être des résidents lors des périodes caniculaires, l'établissement est climatisé au niveau des salles communes et de l'ensemble des couloirs des unités, facilitant ainsi le rafraîchissement des chambres sans occasionner de « courants d'air » souvent jugés désagréables.

Il convient également de préciser que les repas sont confectionnés sur place 7 jours sur 7 par une équipe de cuisiniers. Les midis, ils sont servis en liaison chaude. La liaison froide est utilisée les soirs. Les régimes particuliers sont respectés après prise en compte des prescriptions médicales et des souhaits des résidents. La cuisine produit également quotidiennement les textures modifiées nécessaires à certains résidents. Les menus sont discutés lors d'une commission des menus, comportant des résidents et des professionnels, et validés par une diététicienne.

L'entretien du linge est assuré par l'établissement, mais externalisé, l'établissement ne disposant pas d'espace blanchisserie.

Superficie au sol des bâtiments	4 888 m ²
Date de restructuration des locaux	2010-2011
Conformité incendie	Avis favorable de la commission de sécurité Dernier passage le 21 avril 2026
Nombre d'étages	R+1
Nombre d'ascenseurs	3

3) **POPULATION ACCUEILLIE ET PRISE EN SOINS**

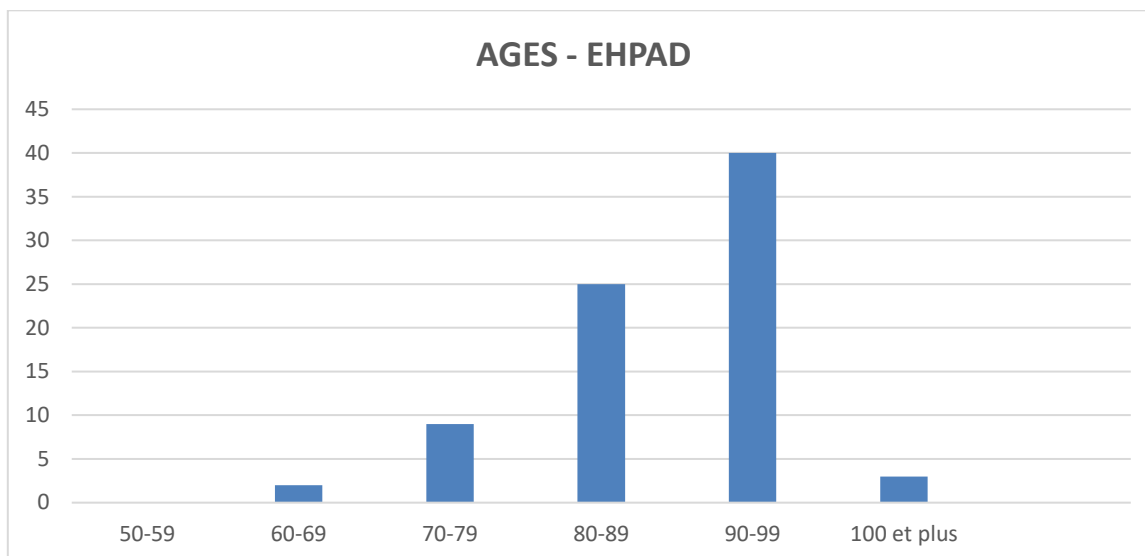
L'objectif de cette section est de présenter diverses statistiques (*données actualisées au 31 décembre 2024*) relatives aux résidents accueillis au sein de l'établissement et aux patients du SSIAD.

3-1) Population accueillie à l'EHPAD

Les données relatives aux répartitions par âge et sexe sont les suivantes :

		Femmes	Hommes	Total
Résidents accueillis	Nombre	58	21	79
	Taux	73%	27%	100%

		50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100 et plus	TOTAL
Distribution des âges des résidents	Nombre	0	2	9	25	40	3	79
	Taux	0	2,5%	11,4%	31,7%	50,6%	3,8%	100%



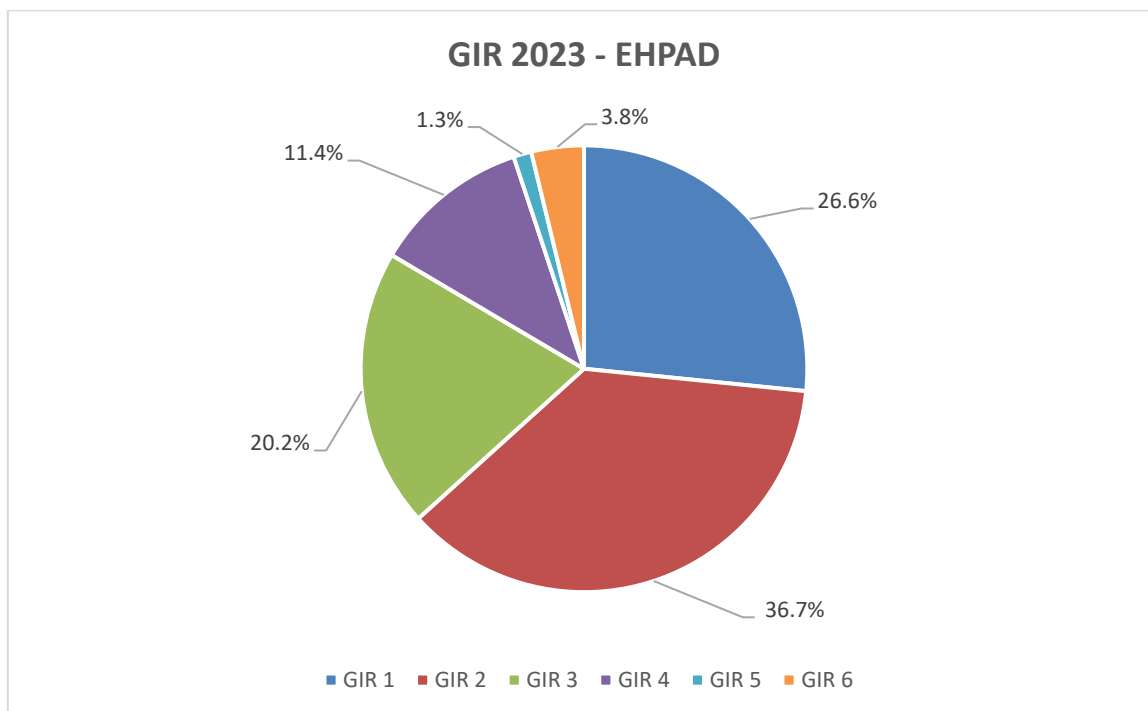
Au 31 décembre 2024, la moyenne d'âge des résidents présents est de 88 ans (90 ans pour les femmes, 84 ans pour les hommes).

En ce qui concerne les personnes nouvellement accueillies au sein de l'établissement dans le courant de l'année 2024, la moyenne d'âge à l'entrée est de 89 ans pour les femmes et de 85 ans pour les hommes. Cette moyenne d'âge à l'entrée est similaire à l'âge moyen des résidents présents, ce qui atteste du vieillissement des personnes accueillies en EHPAD.

Pour ce qui est de la dépendance des résidents présents, le tableau ci-dessous indique la répartition par GIR au mois de mai 2023. En effet, il convient de noter que le GMP¹ de l'EHPAD (tout comme son PMP) a fait l'objet d'une validation par les autorités de tarification à cette date, les résultats étant ensuite utilisés pour déterminer les forfaits dépendance et soins attribués à l'établissement pour les prochaines années. En mai 2023, le GMP de l'EHPAD a atteint 762 points. Auparavant, le GMP validé en janvier 2018 s'établissait à 666. Le niveau de dépendance moyen des résidents a logiquement augmenté en 5 ans, en lien avec le vieillissement de la population accueillie et le développement du maintien à domicile.

		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	TOTAL
GMP 2023	Nombre	21	29	16	9	1	3	79
	Taux	26,6%	36,7%	20,2%	11,4%	1,3%	3,8%	100%

¹ Le GMP est le Gir Moyen Pondéré. Il s'agit de la moyenne des GIR des résidents présents. Les résidents sont classés en 6 groupes GIR (Groupes Iso-Ressources) reflétant leur niveau de dépendance. Le GMP peut aller de 70 à 100 points.



Il ressort notamment de cette étude la forte proportion de résidents classés en GIR 2. Cette catégorie comprend deux types de population, communément désignés par les termes « déments déambulants » et « grabataires lucides ». Les personnes autonomes sont logiquement très peu nombreuses.

Il est également utile de présenter quelques informations relatives à l'origine géographique et à la provenance des résidents :

HEBERGEMENT ANTERIEUR		
TYPE	RESIDENTS	REPARTITION
DOMICILE PRIVE OU FAMILIAL	28	35,4%
ACCUEIL FAMILIAL AGREE	1	1,3%
LOGEMENT FOYER	1	1,3%
EHPAD	6	7,6%
SEJOUR HOSPITALISATION	35	44,3%
CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE	0	0%
CENTRE DE CONVALESCENCE (SSR)	8	10,1%

DEPARTEMENT ANTERIEUR		
DEPARTEMENT	RESIDENTS	REPARTITION
CORREZE	73	92,38%
CHARENTE	1	1,27%
CHARENTE-MARITIME	1	1,27%
MAINE ET LOIRE	1	1,27%
TARN ET GARONNE	1	1,27%
DEUX-SEVRES	1	1,27%
ESSONNE	1	1,27%

Ces tableaux montrent tout d'abord et fort logiquement que la très grande majorité des résidents provient de Corrèze.

Ensuite, il apparaît que plus d'un tiers des personnes accueillies habitaient auparavant à leur domicile ou chez un membre de leur famille. Près de 10% des résidents étaient hébergés dans un autre EHPAD, en logement foyer ou en accueil familial agréé. Enfin, un peu plus de la moitié des résidents étaient pris en charge par le milieu sanitaire.

En termes de protection juridique, 21 résidents bénéficiaient au 31 décembre 2024 d'une mesure de cet ordre.

		Famille	GCSMS	UDAF	Autres MJPM
Protection juridique	Nombre	9	4	3	5

Au niveau de la facturation du séjour, 66 résidents sont payants et 13 ont recours à l'aide sociale.

		Payant	Aide sociale	TOTAL
Facturation	Nombre	66	13	79
	Taux	83,5%	16,5%	100%

Il est à noter que l'établissement a mis en place la tarification différenciée au 31 décembre 2024.

Pour ce qui est des mouvements observés, il convient de se référer au tableau ci-dessous :

		2021	2022	2023	2024
Mouvements	Entrées	30	29	32	30
	Sorties	22	27	31	31

Le différentiel entre les entrées et les sorties observé en 2021 est en lien avec la crise sanitaire Covid, les admissions ayant été interdites pendant une longue période en 2020.

Le dernier tableau concerne les causes de sortie des résidents de l'EHPAD :

		2021	2022	2023	2024
Destination des sortants	Décès à l'EHPAD	15	18	24	27
	Décès à l'hôpital	6	8	5	3
	Transfert vers autre EHPAD	1	0	0	0
	Transfert vers autre type de structure	0	0	0	0
	Retour domicile	0	1	2	1

Ces dernières années, la grande majorité des décès se déroule à l'EHPAD avec un accompagnement de qualité. L'établissement dispose d'une convention avec l'Hospitalisation À Domicile (HAD) et a investi le dispositif de « dossiers dormants » pour permettre le déclenchement rapide de l'intervention de l'HAD lorsque le besoin apparaît.

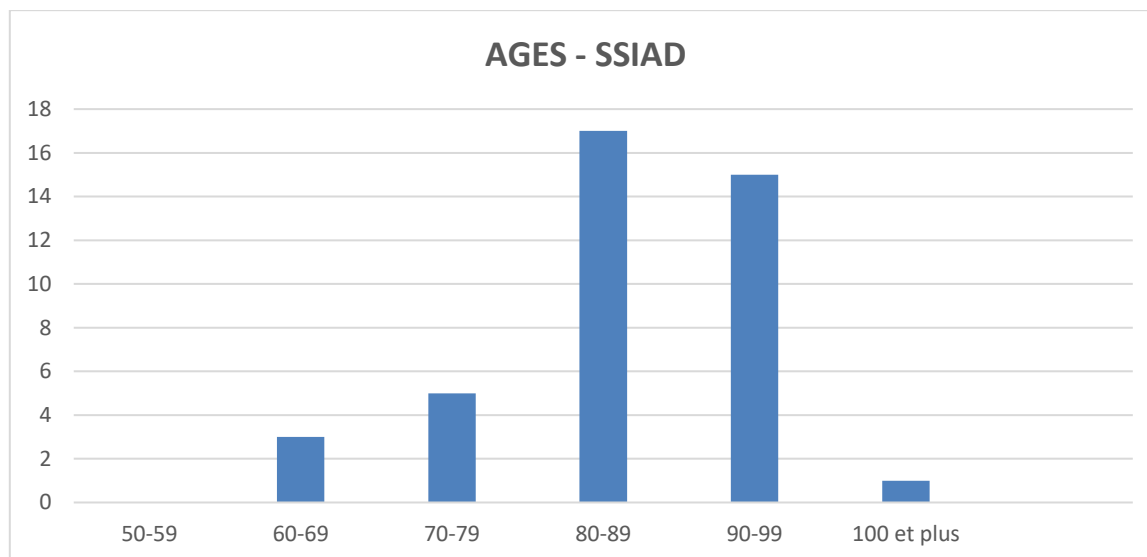
3-2) Population prise en soin par le SSIAD

Le SSIAD du Canton d'Allasac dispose de 30 places, intégralement orientées personnes âgées. En 2024, compte-tenu des différents mouvements, il a pris en soin un total de 41 personnes.

Les données relatives aux répartitions par âge et sexe sont les suivantes :

		Femmes	Hommes	Total
Patients	Nombre	28	13	41
	Taux	68%	32%	100%

		50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100 et plus	TOTAL
Distribution des âges des patients	Nombre	0	3	5	17	15	1	41
	Taux	0	7,3%	12,2%	41,5%	36,6%	2,4%	100%

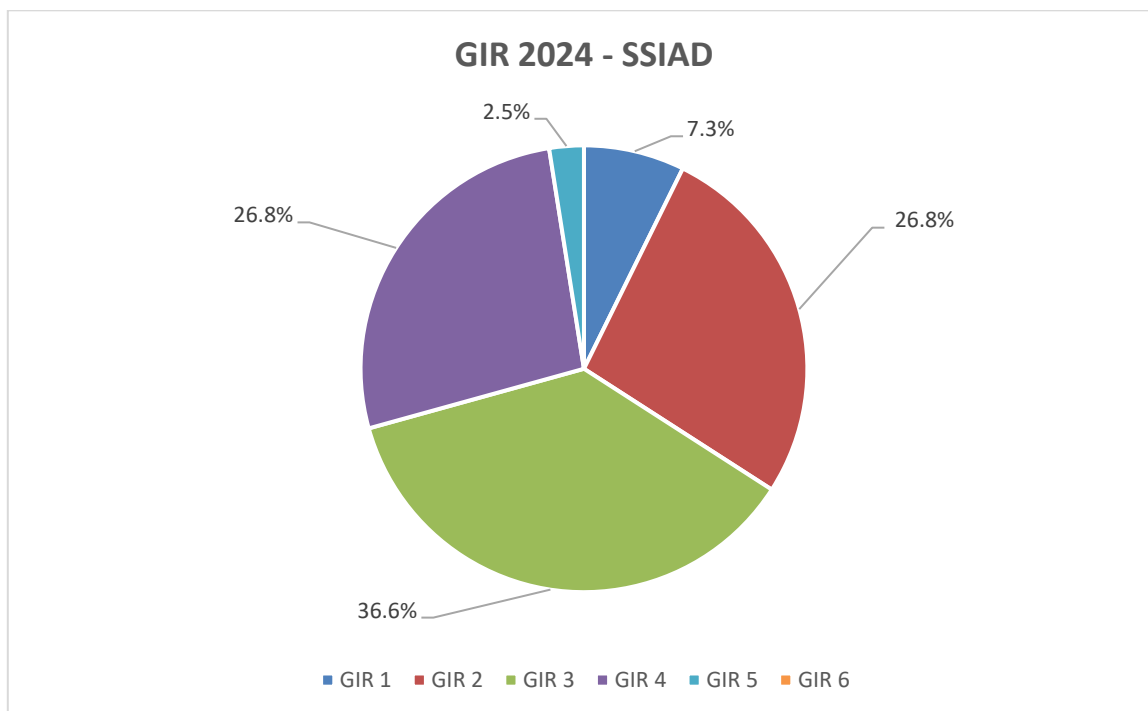


Au 31 décembre 2024, la moyenne d'âge des patients accompagnés est proche de 86 ans (86 ans pour les femmes, 85 ans pour les hommes).

La population prise en soin par le SSIAD est logiquement un peu plus jeune que celle de l'EHPAD.

Pour ce qui est de la dépendance des patients, le tableau ci-dessous indique la répartition par GIR en fin d'année 2024 évaluée par le SSIAD :

		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	TOTAL
GMP 2024	Nombre	3	11	15	11	1	0	41
	Taux	7,3%	26,8%	36,6%	26,8%	2,5%	0%	100%



En 2024, le GMP du SSIAD est de 659. Ce niveau de dépendance est logiquement inférieur à celui des résidents de l’EHPAD.

Le SSIAD dispose d’une autorisation territoriale lui permettant de couvrir 6 communes du Canton d’Allasac : Allasac, Donzenac, Sadroc, Saint-Viance, Saint-Pardoux-l’Ortigier et Sainte-Féréole.

Le tableau ci-dessous mentionne les communes des bénéficiaires en 2024 :

COMMUNE DE RESIDENCE		
COMMUNE	PATIENTS	REPARTITION
ALLASSAC	24	58,6%
DONZENAC	3	7,3%
SAINT-VIANCE	1	2,4%
SAINTE-FEREOLE	1	2,4%
SAINT-PARDOUX-L’ORTIGIER	4	9,8%
SADROC	8	19,5%

En 2024, les 6 communes couvertes par le SSIAD ont eu au moins un bénéficiaire pris en soin par le service.

Le SSIAD a pour projet de participer à la couverture des zones blanches (zones non couvertes par un SSIAD) en augmentant sa capacité de trois places et son territoire aux communes d'Estivaux et de Saint-Bonnet-l'Enfantier.

Pour ce qui est des mouvements observés, il convient de se référer au tableau ci-dessous :

		2021	2022	2023	2024
Mouvements	Entrées	13	12	14	13
	Sorties	11	11	15	12

Le dernier tableau concerne les causes de sortie des patients du SSIAD :

		2021	2022	2023	2024
Destination des sortants	Décès à l'hôpital	2	3	5	1
	Décès au domicile	2	0	3	4
	Entrée en EHPAD	3	6	6	7
	Relais par Infirmière Libérale	2	0	0	0
	Ré-autonomisation	2	0	0	0
	Refus de prise en soin	0	1	1	0
	Déménagement	0	1	0	0

4) ***DONNÉES MÉDICALES***

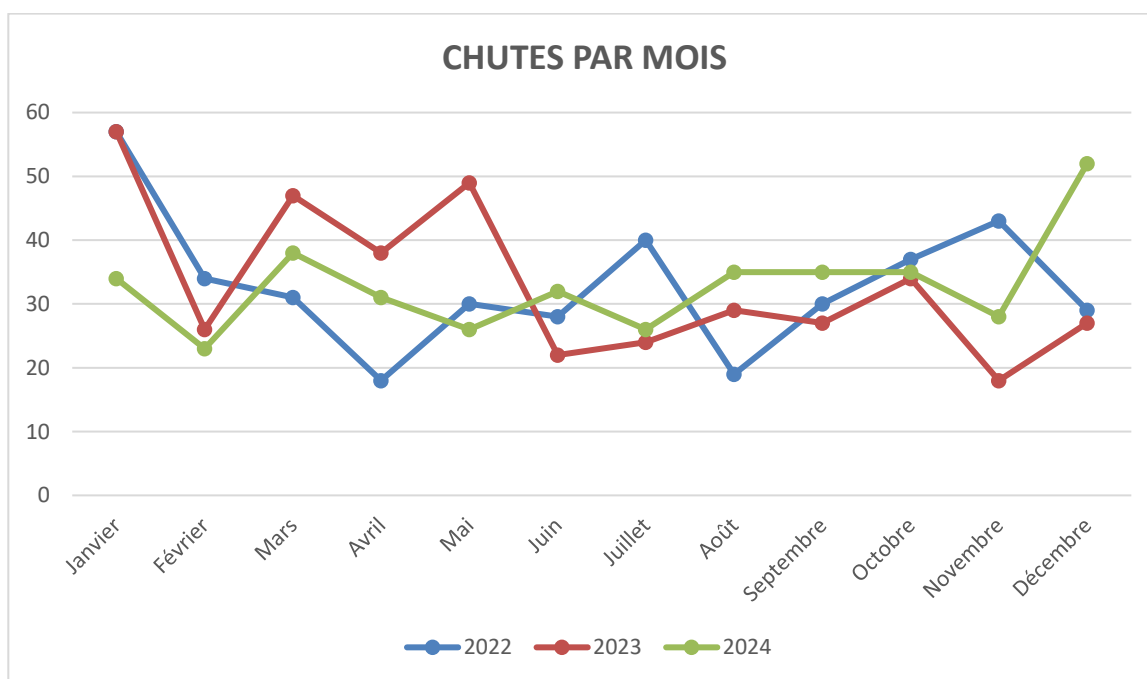
4-1) **Données médicales de l'EHPAD**

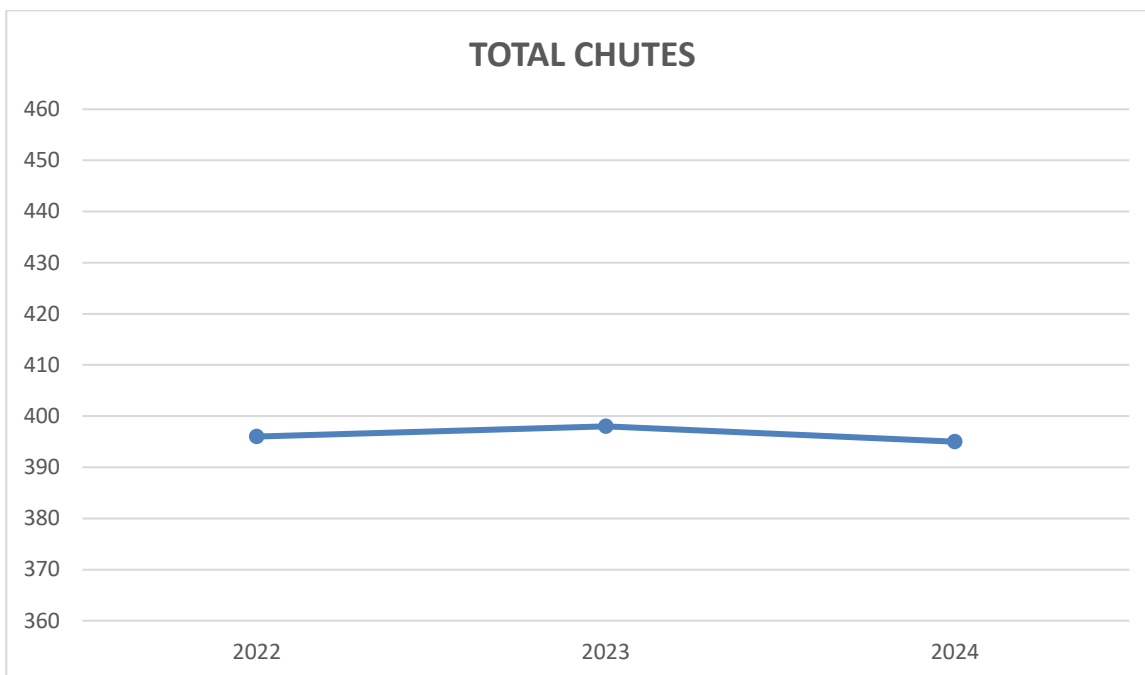
Les données médicales présentées ci-dessous sont extraites du rapport d'activité médicale 2024. Un nouveau logiciel de soins plus performant ayant été installé à l'automne 2024 dans le cadre de l'appel à projet ESMS Numérique, les données ci-après sont synthétiques et se développeront à l'avenir.

Concernant les **hospitalisations**, la durée moyenne d'hospitalisation est stable. Les hospitalisations sont limitées grâce à l'intervention de l'HAD (Hospitalisation À Domicile) et à la formation du personnel, notamment en termes d'accompagnement de fin de vie.

HOSPITALISATIONS	2021	2022	2023	2024
Nombre total de résidents hospitalisés	32	32	33	38
Nombre de journées d'hospitalisation	262	330	285	310
Durée moyenne d'hospitalisation	8.2	10.3	8.6	8.2

Le nombre de **chutes** est très stable sur les trois dernières années, autour de 396 par an (soit 33 par mois en moyenne), comme le montrent les graphiques ci-après. En analyse mensuelle, le nombre de chutes varie de 18 à 57. Il est à signaler qu'une très grande proportion de ces chutes est le fait de peu de résidents. La contention n'est que rarement une solution, car bien souvent elle n'est pas acceptée par la personne, pouvant même être la source de traumatismes graves. Le recours à une contention chimique n'est pas non plus un moyen adapté. Il faut donc accepter (soignants et familles) ce risque bien souvent présent chez certains résidents.





Concernant le **niveau de soins médico-technique requis (PATHOS)**, l'ARS a validé une coupe PATHOS en mai 2023 à hauteur de 259 points.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a communiqué sur l'exercice 2024 un PMP² moyen de 253 points. L'établissement est donc conforme à la moyenne régionale la plus récente.

La réévaluation de la coupe PATHOS est effectuée tous les 4 à 5 ans dans la région.

La valeur de cette coupe est essentielle, car couplée à celle de la dépendance (GMP), elle permet le calcul du forfait de soins de l'établissement. Ainsi, une baisse de Pathos Moyen Pondéré (PMP) conduirait à une diminution du forfait soin, engendrant un risque de réduction du nombre de personnels soignants, ce qui n'est pas envisageable. Il sera donc indispensable de conserver a minima le niveau de PMP actuel.

Sur le plan de la **vaccination**, l'établissement organise chaque automne la vaccination antigrippale sur site des résidents le souhaitant. Les rappels de vaccination Covid ont lieu au printemps et à l'automne pour les résidents qui y consentent. Ces vaccinations sur place sont également proposées aux personnels. L'établissement a obtenu la mention « Établissement engagé contre les virus de l'hiver » délivrée par l'ARS sur la période 2023-2025. À compter de 2025-2026, il s'inscrit dans la démarche plus large initiée par l'ARS d'« Établissement engagé face au risque infectieux ».

² Le PMP est le Pathos Moyen Pondéré. Pour chaque résident, un nombre de points PATHOS est attribué en fonction du niveau de soins médico-techniques qu'il requiert.

4-2) Données médicales du SSIAD

Les données médicales présentées ci-dessous sont extraites du rapport d'activité 2024.

PATHOLOGIES OBSERVEES		
PATHOLOGIE	PATIENTS	REPARTITION
Affections cardio-vasculaires	2	4,9%
Affections neurologiques, SEP, AVC, Parkinson	3	7,4%
Affections appareil locomoteur (chutes, fractures, arthrose...)	13	31,8%
Syndrome de CREST	1	2,4%
Syndrome de glissement	1	2,4%
Alzheimer, démences apparentées, troubles cognitifs	10	24,5%
Pathologies psychiatriques	1	2,4%
Syndrome dépressif	1	2,4%
Cécité, DMLA, glaucome	1	2,4%
Déficience mentale	4	9,8%
Covid long	1	2,4%
Maladie de Crohn	1	2,4%
BPCO (Bronchopneumopathie chronique obstructive)	1	2,4%
Maladie de Charcot	1	2,4%

Les principales pathologies entraînant le déclenchement de la prise en soins par le SSIAD concernent les démences / troubles cognitifs et les affections de l'appareil locomoteur.

5) PRIX DE JOURNÉE

Un EHPAD récemment restructuré est généralement sensiblement plus onéreux qu'un établissement plus ancien (du fait des emprunts et des amortissements).

Le prix de journée à la charge du résident (tarif hébergement + ticket modérateur dépendance) de l'EHPAD s'établissait à 73,86 € en 2024.

		2020	2021	2022	2023	2024	
Évolution des tarifs	HEBERGEMENT	60,60	62,10	62,24	66,34	68,33	
	DEPENDANCE	GIR 1/2	20,84	20,80	20,69	20,60	20,55
		GIR 3/4	13,23	13,20	13,13	13,07	13,04
		GIR 5/6	5,61	5,60	5,57	5,55	5,53
PRIX DE JOURNEE		66,21	67,70	67,81	71,89	73,86	

Par ailleurs, l'INSEE a calculé les taux d'inflation suivant sur la période :

- 2020 : 0,5%
- 2021 : 1,6%
- 2022 : 5,2%
- 2023 : 4,9%
- 2024 : 2,0%.

Aussi, en prenant le tarif hébergement 2020 en base 100, la seule prise en compte de l'inflation aurait amené à un tarif hébergement 2024 de 69,65 €, or il a été fixé par le Conseil Départemental à 68,33 €. Le tarif appliqué a donc évolué moins vite que l'inflation sur la période.

À compter du 31 décembre 2024, l'EHPAD a opté, à la demande du Département, pour la mise en œuvre de la **tarification différenciée**. Ainsi, le tarif hébergement arrêté par le Département ne concerne désormais plus que les résidents admis à l'aide sociale. Pour les résidents qui n'en sont pas bénéficiaires, le tarif est décidé par le Conseil d'Administration. Il a ainsi été acté un tarif « libre » du 31 décembre 2024 identique au tarif aide sociale.

Par conséquent, depuis 2025, plusieurs tarifs hébergement coexistent :

- Un tarif aide sociale maintenu par le Département à 68,33 €,
- Un tarif « libre » applicable aux résidents présents au 31 décembre 2024 de 70,52 €,
- Un tarif « libre » appliqué aux résidents entrés entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2025 de 70,38 €,
- Un tarif « libre » appliqué aux résidents entrés le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2025 de 70,58 €.

Il est important à ce titre de préciser que la différence de montant payé par le résident ou par l'aide sociale n'a pas d'impact sur la prestation délivrée, qui se veut de qualité élevée et identique pour tous.

Compte-tenu du caractère récent de la restructuration de l'EHPAD, de ses atouts architecturaux, de son emplacement et de la qualité de l'accompagnement qu'il propose, les prix de journée semblent adaptés. Pour les familles, le prix de journée pratiqué est d'ailleurs très majoritairement perçu comme correspondant aux prestations fournies, comme le montre les résultats des enquêtes de satisfaction.

Il convient également de noter que le département de la Corrèze fait partie des expérimentateurs de la **fusion des sections Dépendance et Soins**. Ainsi, depuis le 1^{er} juillet 2025, c'est l'ARS qui prend en charge la section Dépendance (auparavant tarifée par le Département).

Le tarif GIR 5/6 (ticket modérateur) ayant été fixé à 5,55 € par le Département en début d'année 2025, les résidents de l'établissement présents au 30 juin 2025 conservent à titre dérogatoire ce montant pour la facturation de la Dépendance. Les résidents accueillis à compter du 1^{er} juillet se voient pour leur part appliquer en lieu et place du ticket modérateur une « participation forfaitaire » de 6,10 € actée au niveau national pour 2025.

Depuis sa mise en place en 2018, la valeur du point Gir départemental (permettant de déterminer le forfait Dépendance alloué à l'EHPAD) est restée fixée à 7,14 en Corrèze, ne suivant ni l'inflation ni les hausses de rémunération décidées par l'État (augmentations du point indiciaire et de diverses primes), ce qui a grandement compliqué la gestion de la section Dépendance ces dernières années. Avec l'expérimentation de la fusion des sections Dépendance et Soins, la même valeur de point Gir est posée par l'État pour l'ensemble des départements participants au dispositif. Elle est de 7,84 au 1^{er} juillet 2025. Pour la Corrèze, ceci représente une augmentation bienvenue du forfait dépendance de 9,8% en année pleine.

Cette expérimentation permet notamment de gommer les disparités entre départements en termes de valeurs de point Gir, et donc de moyens alloués aux EHPAD au titre de la Dépendance. En effet, en 2024, les valeurs de point Gir variaient en France métropolitaine de 6,70 à 9,47, ce qui induit de forts écarts de nombre de personnels auprès des résidents sans que le niveau de dépendance des personnes accueillies n'en soit à l'origine, constituant ainsi une source d'inégalités territoriales.

Une simplification de la tarification des résidents dont le domicile de secours était situé dans un autre département que la Corrèze est aussi permise par cette expérimentation. Auparavant, il convenait de facturer au Département concerné la tarification relative aux niveaux de dépendance Gir 1/2 ou 3/4 selon la situation du résident. Ce n'est plus le cas à présent, ce

montant étant intégré au forfait versé par l'ARS au titre de la Dépendance (appelé « part entretien de l'autonomie » dans le cadre de l'expérimentation).

Cette expérimentation est en vigueur dans 23 départements jusqu'au 31 décembre 2026. La fusion des sections Dépendance et Soins serait généralisée sur le territoire national à l'issue de l'évaluation de l'expérimentation s'avérait positive.

Le SSIAD est de son côté intégralement financé par l'Assurance Maladie. Aucun tarif n'est à payer par le patient quel que soit son niveau d'accompagnement.

DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

Un **projet** est étymologiquement ce qui « est lancé en avant », il s'agit de la « pré-vision » de ce qu'on entend faire ultérieurement. Il recouvre ainsi deux aspects : **l'intention de faire et la programmation des moyens à mettre en œuvre pour ce faire.**

En règle générale, avant d'établir un projet, il est primordial de bien analyser la situation. Il en est de même lorsqu'il s'agit de préparer un Projet d'Établissement. La première étape est donc une **analyse de situation** consistant à collecter des informations et à les examiner. L'analyse de situation prend appui sur des constats et des indicateurs, et aboutit à la formulation d'un **diagnostic** servant de base à la détermination des grands axes du projet.

Cette partie est par conséquent consacrée à un diagnostic du contexte et de la situation dans lesquels la structure évolue. Elle se compose de trois sections :

- Le **diagnostic externe** décèlera les menaces et opportunités environnant l'EHPAD et le SSIAD ;
- Le **diagnostic interne** présentera les forces et faiblesses de l'EHPAD et du SSIAD ;
Le diagnostic interne du SSIAD est basé sur les évaluations interne (2019-2021) et externe (2021) ainsi que sur les enquêtes de satisfaction à destination des patients, partenaires et personnels,
Le diagnostic interne de l'EHPAD découle du diagnostic du CPOM 2024-2028 et des enquêtes de satisfaction à destination des résidents, familles et personnels
- Enfin, une synthèse de ces diagnostics sera présentée pour le SSIAD et pour l'EHPAD sous la forme d'une **matrice SWOT** : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).

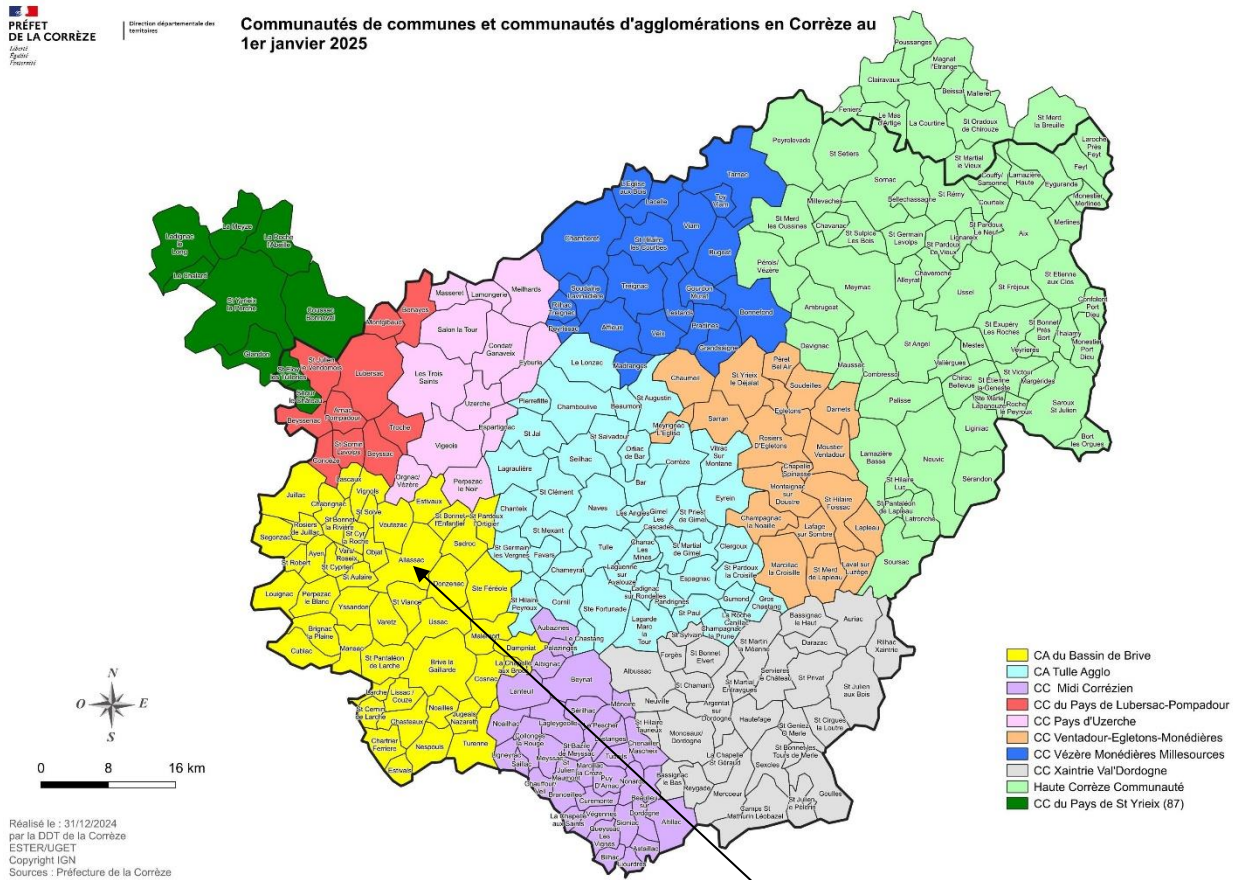
1) DIAGNOSTIC EXTERNE

Ce diagnostic va tout d'abord rappeler l'emplacement de l'EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac et du SSIAD du Canton d'Allasac sur le territoire. Puis il conviendra de s'intéresser aux perspectives liées à la démographie locale. Dès lors, une analyse des niveaux d'équipement en EHPAD, de l'offre d'hébergement, et de la couverture territoriale du SSIAD s'ensuivra. Il sera alors nécessaire de bien préciser dans quels objectifs du schéma départemental de l'autonomie 2026-2030 s'inscrit l'action de l'établissement. Ensuite, une étude des points du Projet Régional de Santé 2018-2028 et du Schéma Régional de Santé 2023-2028 de Nouvelle Aquitaine pouvant concerner

l'établissement devra être effectuée. Enfin, un focus sera réalisé sur les réformes majeures en cours.

1-1) Position géographique

L'EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac, établissement public autonome, est l'organisme gestionnaire de l'EHPAD et du SSIAD.



EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac

L'EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac se situe au cœur de la Communauté d'Agglomération du Bassin de Brive, regroupant 48 communes. En termes de superficie, Allasac est la deuxième commune la plus vaste de l'Agglomération derrière Brive.

Le Bassin de Brive constitue un atout pour la nécessaire attractivité de l'établissement, dans un contexte persistant de difficultés du secteur médico-social à pourvoir les postes existants.

L'établissement est situé à moins de 15 kilomètres du Centre Hospitalier de Brive, proximité précieuse pour l'accès à divers services, notamment l'HAD, le CMP (venue régulière d'une infirmière spécialisée en psychiatrie) ou la gériatrie.

L'EHPAD est également à une quarantaine de kilomètres du Centre Hospitalier de Tulle, qui propose entre autres de l'HAD, une équipe mobile de soins palliatifs, une équipe mobile d'hygiène et une équipe multidisciplinaire en antibiothérapie.

L'établissement a passé de multiples conventions avec ces deux Centres Hospitaliers pour bénéficier de l'ensemble de ces services hautement utiles aux personnes accompagnées.

L'EHPAD Au Gré du Vent a su s'intégrer dans le paysage local et tisser des liens avec de nombreux établissements voisins.

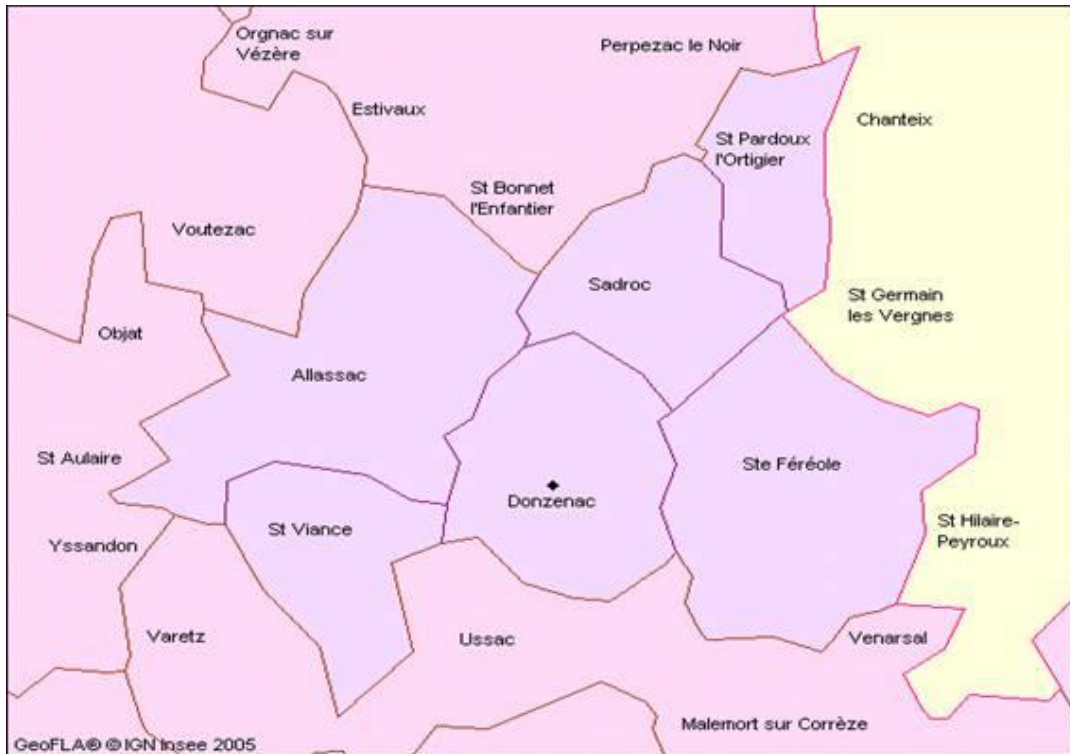
Ainsi, une Garde mutualisée regroupe 8 directeurs représentant 11 structures de l'ouest corrézien. L'établissement est adhérent à la FHF (Fédération Hospitalière de France), à l'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Âgées) et à l'association ESPACE (Établissements et Services pour Personnes Âgées de la Corrèze), qui regroupe la quasi-totalité des EHPAD du département. Le SSIAD adhère également à l'association Soins 19, qui comprend l'ensemble des SSIAD de Corrèze. L'EHPAD Au Gré du Vent est aussi membre du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) O'Vézère, qui lui permet notamment de bénéficier d'un service de mandataires judiciaires à la protection des majeurs et d'une astreinte services techniques.

Ces dernières années, l'établissement s'est engagé dans des réponses à des appels à projets en partenariat avec d'autres structures. En 2022, le SSIAD s'est positionné sur l'appel à projet « Psychologue en SSIAD » de l'ARS avec le Centre Hospitalier d'Uzerche, porteur du projet. L'acceptation du dossier a permis de disposer d'un quart-temps pérenne de psychologue dédié au SSIAD. Depuis 2020, il a également été répondu à plusieurs reprises à des appels à projets de l'ARS et de la Conférence / Commission des Financeurs avec l'EHPAD Charles Gobert de Mansac sur les thématiques de l'Activité Physique Adaptée et de l'Ergothérapie. Grâce aux subventions perçues, il a ainsi été possible de déployer de l'Activité Physique Adaptée depuis 2022 et des ateliers d'ergothérapie depuis 2023 au sein de l'établissement.

Plus récemment, un recrutement commun de psychologue a été organisé avec l'EHPAD de Treignac (un mi-temps sur chaque établissement).

Enfin, l'EHPAD Au Gré du Vent participe à quelques formations inter-établissements : il s'agit de formations délivrées dans un établissement à des agents de différentes structures. Ceci permet de réduire les coûts car le tarif des formations achetées est souvent basé sur une douzaine de participants, alors qu'un EHPAD de 80 lits seul peut difficilement détacher plus de 4 agents pour suivre une formation. La participation de plusieurs établissements permet d'atteindre le nombre de bénéficiaires cible pour mieux « rentabiliser » la formation délivrée. Cette meilleure utilisation des crédits de formation conduit à pouvoir proposer davantage de thématiques aux personnels. Cette démarche présente également l'intérêt de permettre aux agents des différentes structures de se rencontrer, de partager leur expérience et d'homogénéiser les bonnes pratiques. Il serait intéressant de développer encore ces formations mutualisées dans les prochaines années.

Le SSIAD intervient pour sa part sur 6 communes du Canton d'Allasac : Allasac, Donzenac, Sadroc, Saint-Viance, Saint-Pardoux-l'Ortigier et Sainte-Féréole.



Afin de couvrir des zones blanches (actuellement dépourvues d'interventions de SSIAD), le service pourrait s'étendre dans l'avenir côté nord sur les communes d'Estivaux et de Saint-Bonnet-l'Enfantier, tout en laissant la commune de Sainte-Féréole à un autre SSIAD géographiquement plus proche.

1-2) Analyse démographique

Concernant l'aspect démographique, la première remarque porte sur la proportion de personnes âgées dans le département.

Ainsi, le tableau ci-dessous montre que la proportion de personnes de 75 ans ou plus dans la population est supérieure en Corrèze aux moyennes nationale et régionale.

Proportion de personnes de 75 ans ou plus	Corrèze	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
	16,0%	12,8%	10,7%

Sources : Insee – Estimations de population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2025 – Comparaisons régionales et départementales / Schéma Départemental de l'Autonomie 2026-2030

Le Schéma Départemental de l'Autonomie de la Corrèze 2026-2030 étant paru dans les premières semaines de l'année 2026, les éléments qu'il contient ont été intégrés au présent Chapitre.

Il apparaît que la proportion de personnes de 75 ans ou plus en Corrèze est évaluée en 2025 à 16%. En 2030, elle devrait atteindre 18%, puis 20% en 2035 (*Source : Schéma Départemental de l'Autonomie 2026-2030*).

La Corrèze affichait un indice de vieillissement³ de 142 en 2025, plaçant le département parmi les 10 présentant les niveaux les plus élevés au plan national (*Sources : Observatoire des territoires – Schéma Départemental de l'Autonomie 2026-2030*). Cet indice n'était que de 119 en 2010, attestant d'un vieillissement accru de la population.

L'Observatoire Régional de la Santé Nouvelle-Aquitaine nous fournit quelques données supplémentaires relatives à la proportion de personnes de plus de 85 ans en 2021. La Corrèze est le deuxième département de la région, après la Creuse, comptant la plus forte proportion de personnes âgées de 85 ans et plus.

Proportion de personnes de 85 ans ou plus	Corrèze	Nouvelle-Aquitaine
	5,2%	4,2%

Source : Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle Aquitaine – Outil cartographique des indicateurs sociaux de Nouvelle-Aquitaine

Il convient à présent de s'intéresser aux prévisions démographiques.

L'outil en ligne INSEE « *Pyramide des âges – Projection de population par région et département* », permet, sur la base du recensement 2018, de se projeter jusqu'en 2070. L'incertitude augmentant avec le temps, il semble plus intéressant de se limiter à 2035 et 2040.

En 2035, la Nouvelle-Aquitaine compterait 17% de personnes âgées de 75 ans ou plus, tandis que la Corrèze atteindrait 20%. Concernant la part de population âgée de 90 ans ou plus, elle serait de 3% en Corrèze, contre 2% en 2025.

En 2040, la proportion de personnes de 75 ans ou plus en Corrèze augmenterait encore à 21%, contre 18% en Nouvelle-Aquitaine.

Ainsi, la tendance est à une poursuite du vieillissement de la population, et donc à une progression ces prochaines années de la proportion de personnes de 75 ans ou plus.

³ Indice de vieillissement : nombre de plus de 65 ans rapporté au nombre de jeunes de moins de 20 ans

Comme il a été démontré dans la partie relative à la présentation de l'établissement, il s'avère que ces dernières années, la population accueillie est de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante.

En conséquence des diverses études démographiques et du développement de l'aide à domicile, il semble cohérent d'**anticiper un vieillissement sensible des résidents à leur entrée en EHPAD, et par là-même un niveau de dépendance accru**. Il est également probable de voir se développer des demandes d'entrée de **personnes plus jeunes**, autour des 70 ans, relevant du champ du handicap, **notamment du handicap psychique**.

Ainsi, il est possible de penser que les dossiers de personnes quasi-autonomes vont encore davantage se raréfier à l'avenir, et que la très grande majorité des demandes d'entrée en établissement concernera des personnes en GIR 1 à 3.

Il apparaît donc indispensable que l'effectif, notamment soignant, de l'EHPAD soit dans les prochaines années sensiblement augmenté en nombre et en qualification pour faire face à ces évolutions exogènes de manière à pouvoir continuer à assurer au quotidien un accompagnement bientraitant des résidents. Il faut à ce titre espérer que la loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge (prévue par l'article 10 de la Loi Bien Vieillir avant le 31 décembre 2024), tant attendue, tiendra suffisamment compte des évolutions démographiques et renforcera les moyens humains des EHPAD.

Concernant le SSIAD, le vieillissement de la population, couplé à la volonté politique de favoriser le maintien à domicile, laisse entrevoir des besoins supplémentaires à couvrir à moyen terme. À ce titre, le SSIAD envisage dès à présent de passer de 30 à 33 places, dont une place dédiée aux personnes en situation de handicap, tout en couvrant deux communes actuellement en zone blanche (non desservies par un SSIAD).

1-3) Taux d'équipement en structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Dans le cadre du diagnostic externe, il est utile d'avoir des informations sur le taux d'équipement⁴ en EHPAD.

Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), au 31 décembre 2023, en France métropolitaine, le taux d'équipement en EHPAD et USLD pour 1000

⁴ Taux d'équipement : nombre de places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus

habitants de 75 ans ou plus était de 90,6. En 2025, il était sensiblement plus élevé en Corrèze, atteignant 97,3, mais il a sensiblement diminué depuis 2022, où il était de 107,9.

Ainsi, la Corrèze compte 44 EHPAD pour 3 792 places : 2 958 d'hébergement permanent ouvert, 417 dédiées à l'accueil de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou démence apparentée, 65 d'hébergement temporaire, 63 d'accueil de jour, 26 d'Unité d'Hébergement Renforcée, 27 d'unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes, auxquelles s'ajoutent 236 places d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

La Corrèze se caractérise par une répartition peu équilibrée entre la Haute et la Basse-Corrèze, cette dernière disposant d'un nombre de places en EHPAD réduit en proportion de la population âgée comparativement à la première. En effet, le taux d'équipement de la Basse-Corrèze est seulement de 44, quand celui de la Haute-Corrèze atteint 185. À ce titre, dans le Schéma Départemental de l'Autonomie 2026-2030, le Département envisage d'autoriser de nouvelles places d'EHPAD dans les zones moins dotées sans construction nouvelle.

Concernant l'hébergement temporaire, le Département établit le constat d'un taux d'occupation très variable pour les 65 places existantes réparties sur 22 EHPAD, allant de 0% à 98%, avec une moyenne de 64%. Les établissements situés en Haute-Corrèze affichent globalement des taux d'occupation plus faibles. Dans ce cadre, l'établissement a effectué une **demande auprès des autorités administratives pour la création d'une place d'hébergement temporaire** (éventuellement par redistribution d'une place trop peu utilisée en Haute-Corrèze), afin de **la transformer en place d'Hébergement Temporaire d'Urgence (HTU)**. En effet, l'EHPAD dispose d'une chambre qui était dédiée à l'expérimentation PAERPA, aujourd'hui fermée faute d'autorisation de place d'HTU. Or le besoin de places d'HTU, notamment en sortie d'hospitalisation, est réel sur le bassin de Brive.

De manière plus précise, il faut observer le niveau d'équipement sur la zone d'attractivité de l'EHPAD, qui s'étend sur une partie des territoires de la Basse et Moyenne Corrèze, ainsi que sur une petite portion est de la Dordogne.

Nous pouvons ainsi répertorier les établissements publics et privés suivants, dans un rayon de 30 kilomètres :

Localisation de l'établissement	Nombre de lits et places	Statut	Distance
EHPAD de Donzenac	80 places : 65 lits d'hébergement permanent ouvert 15 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer	Public hospitalier	8 km

EHPAD d'Objat	85 places : 68 lits d'hébergement permanent ouvert 5 lits d'hébergement temporaire 12 lits en Unité d'Hébergement Renforcée	Associatif	9 km
EHPAD de Varetz	66 places : 29 lits d'hébergement permanent ouvert 29 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer 2 lits d'hébergement temporaire 6 places accueil de jour	Associatif	10 km
EHPAD de Perpezac-le-noir	19 lits d'hébergement permanent ouvert	Associatif	12 km
EHPAD du Pays de Brive – Site de Brive (Rivet)	160 places : 122 lits d'hébergement permanent ouvert 36 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer 2 lits d'hébergement temporaire	Public hospitalier	13 km
EHPAD du CH de Brive	57 places : 47 lits d'hébergement permanent ouvert 10 places accueil de jour Le CH propose aussi 22 places d'USLD ainsi qu'une Unité d'Hébergement Renforcée attachée à l'USLD.	Public hospitalier	14 km
EHPAD Emeis de Brive	95 lits d'hébergement permanent ouvert	Privé lucratif	15 km
EHPAD du Pays de Brive – Site de Malemort	102 places : 86 lits d'hébergement permanent ouvert 14 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer 2 lits d'hébergement temporaire	Public hospitalier	18 km
EHPAD de Chabignac	58 places : 49 lits d'hébergement permanent ouvert 3 lits d'hébergement temporaire 6 places accueil de jour	Public territorial	18 km
EHPAD de Vigeois	90 places : 76 lits d'hébergement permanent ouvert 14 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer	Public hospitalier	19 km
EHPAD de Mansac	80 lits d'hébergement permanent ouvert	Public hospitalier	20 km

EHPAD de Cosnac	76 places : 64 lits d'hébergement permanent ouvert 12 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer	Privé lucratif	21 km
EHPAD de Lagraulière	23 places : 16 lits d'hébergement permanent ouvert 6 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer 1 lit d'hébergement temporaire	Public territorial	22 km
EHPAD de Pompadour	54 places : 51 lits d'hébergement permanent ouvert 3 lits d'hébergement temporaire	Public territorial	25 km
EHPAD du CH d'Uzerche	114 places : 92 lits d'hébergement permanent ouvert 14 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer 2 lits d'hébergement temporaire 6 places accueil de jour Le CH propose aussi 30 places d'USLD	Public hospitalier	26 km
EHPAD public de Terrasson (Dordogne)	82 places : 80 lits d'hébergement permanent ouvert 2 lits d'hébergement temporaire	Public hospitalier	26 km
EHPAD Mieux Vivre de Terrasson (Dordogne)	105 places : 69 lits d'hébergement permanent ouvert 36 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer	Privé lucratif	26 km
EHPAD de Lubersac	66 places : 42 lits d'hébergement permanent ouvert 10 lits d'hébergement en Unité Protégée Alzheimer 2 lits d'hébergement temporaire 12 lits en Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes	Public hospitalier	29 km
EHPAD de Seilhac	74 lits d'hébergement permanent ouvert	Public hospitalier	29 km
EHPAD du CH de Cornil	180 places : 170 lits d'hébergement permanent ouvert 10 lits d'hébergement temporaire Le CH propose aussi 71 places d'USLD	Public hospitalier	30 km

L'ensemble des données recueillies ne laisse pas penser qu'une tension puisse s'exercer au cours des prochaines années au niveau de la demande.

L'EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac, de par son haut niveau d'activité, a su montrer que ses prestations répondaient à la demande locale. En effet, le fort taux d'occupation année après année témoigne de l'adéquation entre l'offre de l'établissement et les besoins des personnes accueillies. Il n'y a donc pas d'inquiétude à avoir en ce qui concerne l'hébergement permanent. Il faut aussi souligner que l'EHPAD a pleinement trouvé sa place sur le territoire en constituant une solution pour les personnes à domicile ne pouvant plus y demeurer, mais aussi en permettant aux personnes âgées sortantes de moyen séjour et dans l'impossibilité de retourner chez elles de bénéficier d'un hébergement adapté à leurs besoins et attentes.

Le SSIAD offre pour sa part un accompagnement en soin adéquat pour les personnes âgées dépendantes pouvant encore rester au domicile.

L'EHPAD s'inscrit donc dans une logique de parcours de santé de la personne âgée dépendante. L'autorisation d'une place d'HTU viendrait en complémentarité logique des prestations proposées par l'établissement.

1-4) Les orientations gérontologiques départementales

À présent, il s'agit de repérer dans quelles orientations gérontologiques départementales s'inscrit l'établissement.

Ces orientations sont tirées du **schéma départemental de l'autonomie 2026-2030**, établi par le Conseil Départemental de la Corrèze.

Il est à préciser que les groupes de travail se sont réunis sur le dernier quadrimestre 2025, en amont de la parution du schéma départemental.

S'il apparaît que l'établissement a un rôle à jouer, plus ou moins important, dans chacune des grandes orientations départementales, il est plus particulièrement concerné par :

- **L'axe n°2 : Instruction et évaluation des droits au service au service de l'effectivité des droits**
 - Action 2-3 : améliorer le suivi des situations complexes et des ruptures de parcours
- Les objectifs sont d'améliorer l'articulation et la coordination entre les acteurs, réduire les risques de ruptures de parcours et limiter le non-recours.

L'établissement, avec son EHPAD et son SSIAD, participe à la réduction du risque de rupture de parcours, en lien avec la DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) et le Département.

- **L'axe n°3 : Soutenir des parcours personnalisés, continus et coordonnés**

- Action 3-1 : Enrichir l'offre d'USLD sur le territoire Corrèzien

Pour certaines personnes âgées très dépendantes, l'EHPAD peut ne pas être suffisant pour assurer un accompagnement adapté. Dans ce cas, une offre sanitaire d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée), disposant d'un ratio de personnel supérieur et d'IDE de nuit, peut s'avérer être une réponse idoine.

Si la transformation de lits d'EHPAD en lits d'USLD peut sembler complexe à notre niveau (basculement de l'établissement dans le champ sanitaire), il n'en demeure pas moins que l'augmentation des places d'USLD sur le territoire pourra permettre une continuité de parcours pour des personnes dont le niveau de soins requis dépasserait les possibilités de l'EHPAD.

- Action 3-2 : Autoriser de nouvelles places d'EHPAD dans des zones tendues sans construction nouvelle

Il s'agirait donc d'extensions d'établissements existants, en fonction de la démographie de la zone géographique.

Comme le prévoit le Département, cette orientation demande dans un premier temps à être objectivée. Dans le cadre de ce Projet d'Établissement, l'EHPAD ne s'engagerait pas dans cette voie d'extension, mais la possibilité pourra être étudiée en fonction du diagnostic posé et des besoins à couvrir.

- Action 3-3 : Redynamiser l'accueil de jour en EHPAD pour améliorer le répit des aidants : diagnostic et recomposition territoriale

Le constat est fait d'une répartition territoriale des accueils de jour inadéquate compte-tenu de la démographie.

Là aussi, le Département prévoit tout d'abord un diagnostic, avant d'envisager une recomposition de l'offre. De nouveau, dans le cadre de ce Projet d'Établissement, l'EHPAD ne s'engagerait pas dans une création d'accueil de jour, mais la possibilité pourra être étudiée en fonction du diagnostic posé et des besoins à couvrir.

- Action 3-5 : Accompagner la réorientation des Personnes Handicapées Vieillissantes

Les EHPAD accueillent de plus en plus de Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV). Seuls 2 EHPAD disposent d'une unité dédiée, pour seulement 27 places. Les autres PHV présentes en EHPAD le sont dans les unités classiques. Le Département veut travailler sur la bonne orientation des PHV : places d'EHPAD classiques, unités dédiées en EHPAD, ou lits du secteur du handicap.

L'EHPAD d'Allasac accueille déjà des PHV et continuera à le faire dans la limite de ses possibilités. Il est important, comme le prévoit le Département, de veiller à la fluidification des parcours. En effet, s'il s'avère qu'une PHV n'est plus adaptée à l'établissement, il est essentiel qu'une autre solution d'accueil puisse être trouvée.

- Action 3-11 : Travailler la coopération et complémentarité aide/soin à domicile entre SAD et SSIAD

Le SSIAD du Canton d'Allasac a passé une convention avec l'ADMR en vue du portage commun d'un SAD mixte (aide et soin). Un travail est en cours pour l'élaboration des divers documents permettant d'obtenir l'autorisation correspondante.

Plus largement, le SSIAD veille à se coordonner avec tout service d'aide intervenant au domicile d'un patient.

- Action 3-12 : Promouvoir l'attractivité des métiers

Compte-tenu de l'augmentation des besoins en lien avec le vieillissement de la population, il est important de promouvoir les métiers du secteur médico-social pour pouvoir disposer des professionnels nécessaires à l'accompagnement.

En ce sens, l'établissement participe à cette promotion en étant un terrain d'accueil pour de nombreux stagiaires chaque année.

- **L'axe n°4 : Aller-vers, repérer et prévenir la perte d'autonomie**

- Action 4-1 : Déployer un programme départemental de repérage anticipé et prédictif des fragilités liées à l'âge

Le SSIAD, par son intervention à domicile, est un acteur important du repérage des fragilités.

1-5) Le schéma régional de santé

Il s'agit de la **déclinaison du Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028** élaboré par l'ARS. Le schéma régional de santé couvre pour sa part la période 2023-2028 et contient entre autres des éléments relatifs à la politique médico-sociale, notamment à destination des personnes âgées dépendantes.

Sans être exhaustif, il est possible de citer diverses actions qui vont intéresser les établissements et services pour personnes âgées dépendantes :

- Former plus de médecins et de soignants ;
- Soutenir les politiques de qualité de vie et des conditions de travail, leviers de fidélisation et d'attractivité ;
- Promouvoir l'activité physique adaptée ;
- Soutenir l'expérimentation d'équipes mobiles de prévention en EHPAD ;
- Promouvoir la vaccination des personnes âgées et des professionnels de santé ;
- Former les personnels au suivi bucco-dentaire et à l'hygiène de la bouche ;
- Favoriser les coopérations entre les EHPAD et les chirurgiens-dentistes ;
- Développer la politique de prévention du risque infectieux (vaccination, règles d'hygiène individuelle et collective, renforcement des systèmes de surveillance) ;
- Promouvoir le bon usage des antibiotiques ;
- Mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse, notamment chez les personnes polyopathologiques ;
- Améliorer la prise en charge de la douleur ;
- Prévenir, repérer, lutter contre les situations de maltraitance à domicile et en établissement ;
- Développer et soutenir les espaces de réflexion éthique en établissement ;
- Aborder la sexualité des personnes âgées autour d'une vision positive ;
- Mettre en place des Hotlines gériatriques dans chaque Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) pour éviter les passages aux urgences inadaptés en cas d'hospitalisation ;
- Favoriser un parcours d'admission directe des personnes âgées afin d'éviter les passages aux urgences en cas d'hospitalisation ;
- Organiser une filière gériatrie dans les services d'accueil des urgences ;
- Déployer des Équipes MObiles de Gériatrie (EMOG) Extrahospitalières ;
- Prévenir les hospitalisations inappropriées grâce, entre autres, à des expérimentations de mutualisation d'infirmier de nuit entre plusieurs EHPAD ;
- Améliorer l'accès à l'HAD pour les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives et pour les personnes âgées et en situation de handicap prises en charge en établissements et services sociaux et médico-sociaux, incluant les évaluations anticipées ;
- Poursuivre la dynamique de coopération entre HAD et SSIAD ;

- Mettre en œuvre des vacations de téléconsultations ouvertes aux EHPAD par des médecins libéraux ou des établissements de santé disposant de gériatres, cardiologues, et/ou d'équipes de prise en charge de plaies chroniques ;
- Organiser une offre graduée de la filière gériatrique ;
- Garantir une offre de service dédiée répondant aux besoins des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives et de leurs aidants ;
- Renforcer et favoriser l'intégration des Services Autonomie à Domicile (SAD) ;
- Finaliser le maillage territorial des alternatives à l'hébergement permanent (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil temporaire de nuit, hébergement temporaire d'urgence) ;
- Renforcer la médicalisation des EHPAD en augmentant le temps de médecin-coordonnateur et d'infirmiers coordonnateurs, en déployant des vacations de médecin prescripteur en cas de carence du premier recours, en partageant les bonnes pratiques entre professionnels, en améliorant le circuit du médicament en EHPAD ;
- Fluidifier et sécuriser les échanges entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social notamment via l'usage d'outils sécurisés de communication et de coordination (messagerie sécurisée en santé, dossier de liaison d'urgence, ViaTrajectoire, Répertoire Opérationnel des Ressources...) ;
- Développer la sécurisation des établissements (dont la sécurisation des systèmes d'information / cybersécurité) ;
- Améliorer la gestion des risques ;
- Développer une dynamique favorable de déclaration des événements indésirables, y compris en systématisant les retours aux déclarants et en valorisant l'exploitation des données ;
- Améliorer la diffusion des bonnes pratiques professionnelles (HAS) ;
- Renforcer la prise en compte des résultats des évaluations menées sur la base des référentiels HAS ;
- Inciter les EHPAD à s'ouvrir sur l'extérieur, avec 100% des EHPAD disposant d'au moins un dispositif d'ouverture parmi : tiers lieux, pôle ressources de proximité, centres ressources territoriaux, plateforme de répit, hébergement temporaire d'urgence, répit...
- Promouvoir les achats durables et responsables, encourager la sobriété énergétique, réduire les déchets, promouvoir une alimentation durable (réduire le gaspillage), limiter l'utilisation de produits chimiques.

Nous retiendrons notamment des orientations de ce schéma qu'une extension de capacité d'hébergement permanent ne semble pas envisageable pour les prochaines années, la priorité étant donnée à l'adaptation de l'offre centrée sur le maintien à domicile et au développement de la prévention.

Il s'avère également que de nombreuses orientations des schémas se recoupent avec les objectifs que l'EHPAD Au Gré du Vent s'est fixé depuis plusieurs années et met en œuvre. Le présent Projet d'Établissement va aborder plusieurs de ces éléments dans les différents sous-projets.

1-6) Les réformes structurantes en cours

Deux réformes majeures vont concerner l'établissement et l'impacter de manière importante ces prochaines années.

1-6-1) Les Services Autonomie à Domicile

La première, déjà en cours, est relative à la **création des Services Autonomie à Domicile (SAD)** par l'article 44 de la Loi n°2021-1754 du 21 décembre 2021 de financement de la Sécurité Sociale pour 2022, donnant lieu au Décret n°2023-608 du 13 juillet 2023, aménagé par l'article 22 de la Loi n°2024-317 du 8 avril 2024 dite Loi Bien Vieillir.

Il s'agit de rendre obligatoire pour les services de soins infirmiers à domicile de s'adjoindre une activité d'aide, afin de simplifier les démarches pour l'utilisateur. Cette obligation est dissymétrique, les services d'aide n'étant pour leur part pas contraints de proposer des soins infirmiers. En outre, l'utilisateur conserve le libre choix de son service d'aide : il n'a pas à privilégier le service d'aide adjoint au service de soins infirmiers.

Ainsi, l'autorisation du SSIAD sera caduque au 1^{er} janvier 2026 s'il ne s'est pas mis en conformité avec cette nouvelle réglementation.

Il n'est pas possible pour le SSIAD de répondre à cette exigence en développant une activité d'aide, celle-ci étant soumise à l'autorisation du Département, qui ne souhaite pas l'accorder. La fusion avec un service d'aide n'est pas envisageable sur le territoire. La constitution d'un GCSMS est bien trop complexe pour être mise en œuvre avant le 1^{er} janvier 2026. Aussi, la seule solution qui s'offre au SSIAD est la passation au plus tard le 31 décembre 2025 d'une convention avec un service d'aide pour une durée maximale de 5 ans.

À l'issue, le SAD devra être géré par une entité juridique unique, obtenue soit par fusion des services, soit par création d'un GCSMS porteur de l'autorisation. Cette dernière option est la seule acceptable pour l'établissement.

Il convient de souligner que cette exigence d'entité juridique unique constitue un frein majeur à la mise en œuvre de la réforme, maintes fois mis en lumière par de nombreuses fédérations du secteur auprès des pouvoirs publics. Elle induit une très forte complexité, notamment lorsque le service de soins infirmiers et le service d'aide n'ont pas les mêmes statuts, ce qui est fréquent. Il est donc souhaitable que les textes soient amendés pour rendre cette entité juridique unique optionnelle, tout en privilégiant le pragmatisme et l'efficacité par la mise en place de conventions de coopération renforcée.

Le SSIAD a rencontré les différents acteurs des services d'aide intervenant sur son territoire (le territoire couvert par l'aide et le soin devant être le même) et a passé pour le 1^{er} janvier 2026 convention avec un partenaire privé non lucratif.

Cette réforme complexe génère de nombreuses inquiétudes légitimes pour les agents du SSIAD.

1-6-2) Les Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux

La seconde réforme majeure est issue de l'article 6 de la Loi n°2024-317 du 8 avril 2024 dite Loi Bien Vieillir, et vise à la mise en place de **Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS)**.

Dans ce cadre, les EHPAD autonomes, principalement, ont l'obligation d'adhérer à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) ou à un GTSMS. La mise en œuvre doit être finalisée pour le 1^{er} janvier 2028.

Le GTSMS est constitué à l'initiative des établissements sur le territoire qu'ils choisissent de manière à pouvoir apporter une réponse de proximité aux besoins des personnes âgées et à mettre en œuvre un parcours coordonné des personnes âgées accompagnées.

Le GTSMS prend la forme juridique d'un GCSMS, dont le Directeur est désigné par l'ARS après avis du Président du Conseil Départemental. Chaque GTSMS doit passer une convention avec un GHT, afin d'articuler le projet d'accompagnement partagé du GTSMS avec le projet médical du GHT.

Le GTSMS met en commun une ou plusieurs fonctions parmi une liste de 7 :

- La convergence des systèmes d'information des membres et la mise en place d'un dossier de l'utilisateur permettant une prise en charge coordonnée ;
- La formation continue des personnels ;
- La démarche qualité et la gestion des risques ;
- La gestion des ressources humaines ;
- La gestion des achats ;
- La gestion budgétaire et financière ;
- Les services techniques.

Il est essentiel que cette réforme s'accompagne de moyens dédiés adéquats pour permettre une mise en commun efficace d'une ou plusieurs fonctions.

Il serait au contraire extrêmement dommageable que la mise en place des GTSMS soit vue par les pouvoirs publics comme un moyen de réaliser de nouvelles économies dans un secteur en grande difficulté, où les situations déficitaires sont déjà très majoritaires.

2) DIAGNOSTIC INTERNE

Le présent diagnostic interne se présente en deux parties. La première va s'intéresser au SSIAD tandis que la seconde va traiter de l'EHPAD.

2-1) Diagnostic interne du SSIAD

Le diagnostic interne du SSIAD est principalement basé sur l'**évaluation interne 2019-2021**, sur l'**évaluation externe 2021** et sur les **enquêtes de satisfaction** réalisées ces dernières années (2022-2023 pour les patients et les personnels, 2023-2024 pour les patients et les partenaires, 2024-2025 pour les patients).

Ce diagnostic interne va nous permettre de repérer les forces et faiblesses du service.

Afin de ne pas alourdir le Projet d'Établissement, seule une synthèse sera proposée, les documents « Enquêtes de satisfaction », « Évaluation interne 2019-2021 » et « Évaluation externe 2021 » étant disponibles par ailleurs.

Ce diagnostic va tout d'abord s'intéresser à l'évaluation interne menée selon le référentiel élaboré par l'ex ARS Limousin. Ensuite, il conviendra de présenter les conclusions de l'évaluation externe. Enfin, un point sera effectué sur les résultats des plus récentes enquêtes de satisfaction à destination des patients, personnels et partenaires.

2-1-1) Synthèse de l'évaluation interne 2019-2021

Il est à noter que cette évaluation interne s'est déroulée de la fin d'année 2019 au début d'année 2021 du fait de l'irruption du Covid, qui a nécessité d'adapter le calendrier.

L'évaluation interne a été réalisée de manière participative.

La grille comportait un total de 169 indicateurs. Le service répondait totalement à 71% des critères, en grande partie à 18% et partiellement à 7%. Seuls 2% des critères ne satisfaisaient pas la référence. Enfin, 2% des critères n'étaient pas applicables.

Le tableau ci-après présente synthétiquement les points forts et les défis à relever repérés lors de cette évaluation interne, classés par grilles d'analyse.

	Points forts	Défis à relever
Chapitre 1 : Stratégie, mission, pilotage	<p>Intégration du SSIAD au Projet d'Établissement 2015-2020</p> <p>Existence de questionnaires d'évaluation de la collaboration avec les partenaires</p> <p>Livret d'accueil du personnel donné aux nouveaux arrivants</p> <p>Organigramme effectif, affiché et tenu à jour</p> <p>Évaluation du service par questionnaire de satisfaction annuel auprès des usagers</p> <p>Politique qualité développée, avec notamment l'existence de référents qualité et d'un plan d'actions actualisé annuellement</p>	<p>Livret d'accueil du personnel en cours de réactualisation (intégration des missions)</p> <p>Projet de service à actualiser puis à communiquer aux partenaires</p> <p>Livret d'accueil patient à actualiser</p> <p>Fiches de postes infirmière coordinatrice et cadre de santé à actualiser</p> <p>Évaluation des pratiques professionnelles à réaliser</p>
Chapitre 2 : Gestion et management RH	<p>Fiches de poste rédigées, actualisées et émargées par les agents</p> <p>Procédure de recrutement formalisée</p> <p>Suivi RH effectué</p> <p>Rédaction annuelle d'un « bilan social »</p> <p>Existence d'un livret d'accueil et d'un règlement intérieur pour les agents</p> <p>Livret d'accueil et enquête de satisfaction dédiés aux stagiaires</p> <p>Plan de formation établi sur la base des besoins individuels et collectifs</p> <p>Tutorat en place pour les nouveaux agents et les stagiaires</p> <p>Évaluation des agents contractuels avant éventuelle prolongation de contrat</p> <p>Partenariat avec l'équipe mobile de gériatrie et avec l'équipe de soins palliatifs en cas de besoin</p> <p>Chaque agent part le matin en tournée avec une feuille de route dédiée et actualisée</p> <p>Existence de réunions de travail au sein du service</p> <p>Possibilité de faire appel au besoin à la psychologue de l'EHPAD</p>	<p>Toutes les réunions de travail ne donnent pas lieu à compte-rendu</p> <p>Absence de psychologue au sein du service</p>

	Points forts	Défis à relever
Chapitre 3 : Gestion financière	<p>Suivi budgétaire mensuel</p> <p>Honoraires des infirmiers libéraux contrôlés par l'Infirmière Coordinatrice</p> <p>Procédure en place en cas d'absence de la personne en charge de la paye</p> <p>Conformité avec la réglementation</p>	
Chapitre 4 : Gestion des fonctions logistiques et gestion du secrétariat	<p>Participation à des groupements d'achats</p> <p>Carnet d'entretien dans chaque véhicule, avec deux agents référents, suivi des kilométrages</p> <p>Véhicules équipés conformément à la réglementation</p> <p>Agents formés à la conduite</p> <p>Protocoles panne, crevaison, accident, défaut mécanique, incendie</p> <p>Liste des numéros importants dans chaque véhicule</p> <p>Accueil physique 5 jours sur 7</p> <p>Consignation des appels téléphoniques et présence d'un répondeur consulté quotidiennement</p> <p>Procédure de gestion des documents</p>	<p>Absence de procédure écrite sur la gestion logistique</p> <p>Développer l'achat éco-responsable</p> <p>Développer les groupements d'achats</p>
Chapitre 5 : Gestion des risques professionnels	<p>Document unique « Gestion des risques professionnels » mis à jour annuellement par l'infirmière coordinatrice et deux référents, avant validation par la direction</p> <p>Procédure Gestion des évènements indésirables</p> <p>Procédure absence d'un agent</p> <p>Gestion de crise développée avec notamment Plan bleu et tournée d'urgence</p>	
Chapitre 6 : L'utilisateur et sa prise en charge individualisée	<p>Service accessible (ascenseur), et ouvert aux heures aux mêmes horaires que l'administration de l'EHPAD</p> <p>Accueil physique et téléphonique évalué dans l'enquête de satisfaction annuelle</p> <p>Entretien préalable à l'admission réalisé par l'infirmière coordinatrice avec un aide-soignant si possible</p> <p>Conditions d'admission détaillées dans le règlement de fonctionnement et dans le projet de service</p> <p>Procédures de pré-admission et d'admission construites de manière participative</p> <p>Recherche de solution avec les intervenants libéraux en cas d'impossibilité d'admission</p>	<p>Demander à la mairie d'ajouter de la signalétique extérieure « SSIAD »</p> <p>Procédure de non-admission à rédiger</p> <p>Organiser une réunion annuelle avec les infirmiers libéraux</p> <p>Procédure d'archivage et de classement des dossiers à rédiger</p>

	<p>Réunions de synthèse mensuelles et visites au domicile par l'infirmière coordinatrice au besoin</p> <p>Enquête annuelle de satisfaction des usagers amenant à un plan d'actions. Un compte-rendu de l'enquête est donné aux patients</p> <p>Élaboration d'un plan de soins individualisé pour chaque patient réactualisé en équipe tous les 3 mois, ou davantage selon les besoins</p> <p>Coordonnées des référents soignants présentes dans le carnet de liaison au domicile du patient</p> <p>Transmissions écrites et orales, utilisation des transmissions ciblées sur le logiciel métier</p> <p>Un exemplaire du document individuel de prise en charge est donné au patient, après recueil préalable de son consentement</p>	
<p>Chapitre 7 : Dimension éthique</p>	<p>Intégration des valeurs dans le projet de service</p> <p>Respect du secret professionnel par tous les agents</p> <p>Sensibilisation des personnels à la réflexion éthique</p> <p>Temps de régulation dédié aux questions éthiques, avec possible intervention de la psychologue de l'EHPAD</p> <p>Les procédures d'admission, d'élaboration et d'évaluation du projet de soin organisent le recueil de l'histoire de vie, des besoins et des attentes</p> <p>Service ouvert à son environnement, partenariats divers</p>	<p>Rédiger un paragraphe dans le règlement de fonctionnement sur l'accès aux informations du projet individualisé</p>
<p>Chapitre 8 : Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</p>	<p>Charte de bientraitance existante</p> <p>Inscription dans le règlement de fonctionnement de la position de l'établissement quant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance ; position connue des professionnels</p> <p>Formation du personnel à la bientraitance, à l'Humanitude, à la gestion des conflits</p> <p>Recueil des regards extérieurs par les enquêtes partenaires et par les enquêtes stagiaires</p>	<p>Absence de procédure de signalement de la maltraitance</p> <p>Procédure à rédiger sur la réinterrogation régulière des modalités d'accompagnement et des pratiques professionnelles</p> <p>Mutualisation des expériences « bientraitance » entre services à développer</p>

La détermination des « défis à relever » a fait l'objet dans le rapport d'évaluation interne de la conception d'un plan d'actions.

2-1-2) Synthèse de l'évaluation externe 2021

À la suite de l'évaluation interne, le SSIAD a fait réaliser sa deuxième évaluation externe en 2021, selon les modalités réglementaires.

L'équipe d'évaluateurs a ainsi procédé à l'analyse :

- De la démarche d'évaluation interne,
- De la prise en compte des recommandations des bonnes pratiques professionnelles,
- Des conditions d'élaboration, de mise en œuvre, et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et de l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers,
- De l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique,
- De la personnalisation de l'accompagnement,
- De l'expression et de la participation individuelle et collective des usagers,
- De la garantie des droits et de la politique de prévention et de gestion des risques.

L'évaluation externe, réalisée par un organisme habilité et indépendant, a grandement confirmé les conclusions positives de l'évaluation interne.

L'appréciation globale rendue a été la suivante :

« Le SSIAD a réalisé sa 2^{ème} évaluation interne de décembre 2019 à février 2021. En cohérence avec son calendrier d'autorisation.

Le référentiel utilisé couvre l'ensemble des champs exigés et va même au-delà en intégrant les champs liés au management de l'établissement. L'évaluation interne a été réalisée de façon objective. La démarche a été participative de la part des professionnels et des usagers.

Une optimisation de la démarche pourra être apportée :

- *En abordant l'évaluation interne comme une démarche continue qui alimentera le rapport d'activité annuel,*
- *En abordant l'évaluation interne comme une démarche globale intégrant également les évaluations des pratiques professionnelles, les audits,*
- *En intégrant une démarche d'évaluation reposant sur la construction et le suivi d'indicateurs identifiant les « effets constatés pour les usagers ».*

Cette réflexion sera à envisager en tenant compte des différentes évolutions en cours au niveau de l'HAS sur les modalités futures de l'évaluation interne.

Une forte dynamique qualité a été instaurée se traduisant par la mise en œuvre de nombreuses actions d'amélioration issues des plans d'actions.

Le pilotage de la démarche est opérant, une structure de gestion de projet est en place. La démarche est participative. Les réflexions sur les actions d'amélioration sont abordées lors de réunions de travail avec les professionnels.

Les RBPP ont été prises en compte lors de l'évaluation interne. Elles sont la référence pour mettre en place le projet du service, les protocoles et procédures. Une veille est assurée. La démarche d'appropriation des RBPP est structurée et efficiente.

Le projet de service du SSIAD a été élaboré pour la période 2014-2019. La situation sanitaire marquée par la pandémie de Covid-19 a conduit à reporter à plusieurs reprises l'écriture du Projet d'Établissement. Le travail de conception du Projet d'Établissement (devenu 2021-2025) débutera en septembre 2021.

Le service est en conformité avec son agrément.

Le service réalise des prestations de qualité en adéquation avec les missions imparties et la population effectivement accompagnée. À savoir :

- Une aide à l'accomplissement des gestes de la vie courante,*
- La prévention des risques liés à la perte d'autonomie et au grand âge (prévention d'escarres, mobilisation, contrôle des fonctions vitales, etc.),*
- Des soins relevant des auxiliaires médicaux,*
- L'accompagnement à la fin de vie,*
- L'écoute et le soutien des aidants,*
- Des mesures de compensation du handicap sont proposées.*

La continuité et la cohérence de l'accompagnement sont organisées.

Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein du service permettent de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement.

Une gestion des ressources humaines permettant de répondre aux besoins d'accompagnement des usagers est mise en place. La gestion des ressources humaines est conforme au projet social et aux missions et finalités du service. Les modes d'organisation du travail sont en adéquation avec les besoins des personnes accueillies et les objectifs du projet, adaptés de façon à continuellement permettre la réalisation effective de celui-ci.

Les formations mises en œuvre et envisagées sont en cohérence avec l'évolution des personnes accueillies.

Le service est inscrit dans de nombreux partenariats qui donnent lieu à des conventions. Le service a fait le choix de confier préférentiellement les soins infirmiers à des praticiens libéraux liés par convention avec le service.

Les partenaires rencontrés expriment une vision positive de l'accompagnement par le service et de la coordination avec celui-ci. Le partage d'information est effectif. Cependant, les outils et éléments d'évaluation ne sont pas réfléchis en commun.

De nombreuses coopérations sont également développées en interne avec l'EHPAD d'Allasac tant sur le plan de l'accompagnement que sur le plan support (conseil et logistique).

Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation sont adaptés et permettent l'élaboration des projets personnalisés.

Cependant, il y a souvent confusion entre objectifs et actions et les actions définies ne sont ni factuelles, ni évaluables en tant que telles. On ne retrouve pas dans les dossiers, une évaluation de l'atteinte des objectifs et de la pertinence des actions mises en œuvre.

La participation des usagers à l'élaboration de leur projet personnalisé est effective. Tous les bénéficiaires disposent à ce jour d'un projet personnalisé.

La prise en compte de la perception du service et de ses missions par les bénéficiaires est effective.

Elle est favorisée par :

- La réalisation d'enquêtes de satisfaction,*
- Une représentation des usagers et leurs familles au conseil de la vie sociale de l'établissement auquel le SSIAD est rattaché,*
- Une gestion opérante des plaintes et réclamations.*

Les bénéficiaires rencontrés expriment une grande satisfaction concernant l'accompagnement par le service.

Le service respecte les droits des usagers et assure un accompagnement dans de bonnes conditions de sécurité. L'information de l'utilisateur sur les droits fondamentaux et les voies de recours est efficiente.

La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement est effective. Les recommandations de bonnes pratiques sont identifiées par les soignants et connues.

Les moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance sont mis en œuvre :

- Les événements indésirables peuvent être signalés par les professionnels du service, en renseignant la fiche type de signalement,*
- Existence d'une procédure de gestion des plaintes et réclamations,*
- Mise en place dans le cadre de son fonctionnement d'une formation à la bientraitance, obligatoire pour l'ensemble du personnel (formation « Humanitude »).*

Ainsi, si des progrès demeurent encore à accomplir, le SSIAD est un service qui répond très favorablement aux diverses exigences réglementaires.

2-1-3) Synthèse des dernières enquêtes de satisfaction

Le tableau ci-après présente synthétiquement les points forts et les points à améliorer repérés lors des plus récentes enquêtes de satisfaction :

- Ainsi, concernant les patients, l'enquête étant annuelle, les données datent de 2024-2025 ;
- Les partenaires sont interrogés tous les 4 à 5 ans, la dernière enquête couvre 2023-2024 ;
- Enfin, les personnels sont invités à répondre à une enquête de satisfaction tous les 3 ans. La plus récente concerne 2022-2023.

Il convient de noter que postérieurement aux évaluations interne et externe, le SSIAD, grâce à un appel à projet de l'ARS « Psychologue en SSIAD » auquel il a candidaté en partenariat avec le SSIAD du CH gériatrique d'Uzerche, bénéficie depuis 2023 d'un quart-temps de psychologue dédié.

Par ailleurs, il est proposé aux patients du SSIAD de venir profiter de certaines animations organisées à l'EHPAD.

		Points forts	Points à améliorer
PATIENTS	Qualité des soins	Les soins délivrés par le SSIAD sont perçus comme étant de grande qualité.	Très léger bémol sur le respect de l'environnement.
	Qualités relationnelles	Les qualités relationnelles des agents du SSIAD sont très fortement appréciées des patients.	
	Besoin d'accompagnement psychologique	Disponibilité, organisation et écoute de la psychologue satisfont fortement les patients qui ont bénéficié du dispositif. Près de la moitié des répondants souhaitent l'intervention de la psychologue. Seuls 9% la refusent.	Poursuivre la communication autour du dispositif pour augmenter au besoin le nombre de bénéficiaires.
	L'accueil et l'organisation	L'accueil et l'organisation sont très appréciés par les patients : délai de réponse, joignabilité, accueil téléphonique, informations délivrées, horaires – durée – fréquence d'intervention, communication entre soignants.	Très léger bémol sur la coordination avec les autres intervenants.
PERSONNELS	Accompagnement des patients	Sentiment de satisfaction quant à la qualité du travail effectué. Matériel adapté. Tournées équilibrées. Habitudes de vie des patients respectées. Sentiment de disponibilité auprès des patients. Fort sentiment d'avoir une vision proche avec l'IDE coordinatrice. Sentiment net d'avoir une vision proche avec le corps médical et les IDE libérales. Les animations proposées à l'EHPAD sont majoritairement vues comme adaptées.	Léger bémol sur l'adaptation des animations de l'EHPAD aux patients du SSIAD.

	Qualité de vie au travail	<p>Forte satisfaction sur les horaires, les plannings, l'organisation du travail, la prise de congés.</p> <p>Personnel à l'aise dans le poste et au sein du service.</p> <p>Bon sentiment d'écoute de la part du corps médical, des IDE libérales, de la hiérarchie et de la Direction.</p> <p>Faible pénibilité ressentie. Matériel facilitant le travail.</p> <p>Formations continues adaptées et majoritairement appréciées.</p> <p>Fort sentiment d'encadrement adapté.</p> <p>Sentiment que les compétences sont suffisamment exploitées et que le niveau de responsabilité est rarement dépassé.</p> <p>Bonne information sur les possibilités d'évolution de carrière.</p>	<p>Léger bémol sur la quantité et la qualité des formations proposées.</p> <p>Léger bémol sur l'information relative aux possibilités d'évolution de carrière et sur l'impression de dépasser les limites de responsabilité.</p>
	Mobilité professionnelle	Très fort sentiment d'épanouissement.	
PARTENAIRES	Connaissance du SSIAD	Le SSIAD et ses missions sont bien connus de l'ensemble des partenaires	Léger bémol sur la connaissance du rôle de l'Infirmière Coordinatrice
	Organisation du SSIAD	Service apprécié des partenaires, dont l'utilité et la complémentarité avec les autres intervenants sont soulignées.	Peu de consultation des partenaires quant aux plages horaires d'intervention du SSIAD.
	Liaisons et échanges d'informations	Très bonne coordination entre le SSIAD et les autres intervenants	

On peut également noter qu'à la question sur l'appréciation générale, en décomptant les « abstentionnistes » pour ne conserver que les avis exprimés, nous obtenons en pourcentage de patients se déclarant « très satisfaits » ou « satisfaits » les résultats suivants :

- Concernant les soins reçus : 100% ;
- Concernant l'équipe : 100%.

Les résultats des enquêtes de satisfaction vont dans le même sens que ceux des évaluations menées. Le service proposé correspond aux attentes et répond aux besoins des patients. Le fonctionnement avec les partenaires est adapté. Les professionnels apprécient le travail au sein du SSIAD. L'apport de la psychologue est bénéfique pour les patients, les aidants et l'équipe soignante.

2-2) Diagnostic interne de l'EHPAD

Le diagnostic interne de l'EHPAD est principalement basé sur le **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2024-2028**, dont la partie relative au diagnostic, et sur les **enquêtes de**

satisfaction réalisées ces dernières années (2024-2025 pour les résidents et les familles, 2022-2023 pour les patients, les familles et les personnels).

Ce diagnostic interne va nous permettre de repérer les forces et faiblesses de l'EHPAD.

Afin de ne pas alourdir le Projet d'Établissement, seule une synthèse sera proposée, les documents « Enquêtes de satisfaction » et « CPOM EHPAD 2024-2028 » étant disponibles par ailleurs.

Ce diagnostic interne va tout d'abord s'intéresser au CPOM 2024-2028. Le diagnostic du CPOM a été réalisé par l'établissement au second semestre 2022 avant de donner lieu à un bilan partagé entre l'EHPAD, le Département et l'ARS en décembre 2022. Ce CPOM n'a concerné que l'EHPAD, compte-tenu de la réforme des Services Autonomie à Domicile en cours. Les fiches-actions ont été conçues par la structure puis validées par les autorités entre 2023 et les premiers mois de 2024. Ensuite, un point sera effectué sur les résultats des plus récentes enquêtes de satisfaction à destination des résidents, des familles et des personnels.

Les évaluations interne et externe ne sont pas utilisées pour ce diagnostic car datant de plus de 10 ans. La prochaine évaluation (correspondant à l'évaluation externe de l'ancienne réglementation) est programmée par les autorités administratives au 3^{ème} trimestre 2027. L'établissement réalisera en amont une préparation (se rapprochant d'une évaluation interne) à compter de septembre 2026.

2-2-1) Synthèse du CPOM 2024-2028

Il ressort de la réunion de diagnostic partagé organisée en décembre 2022 une analyse de la situation de l'EHPAD sous 5 axes stratégiques :

- Axe 1 : Parcours et coordination

L'EHPAD dispose de nombreuses coopérations utiles pour les résidents et les personnels (équipe mobile de soins palliatifs, hospitalisation à domicile, équipe mobile de gériatrie, pharmacie, infirmière du CMP...). L'établissement travaille efficacement en collaboration avec le CH de Brive, en tant que structure d'aval (de nombreux résidents entrent à l'EHPAD en étant sortants de court séjour ou de moyen séjour).

Il n'existe pas encore de convention spécifique avec un établissement de santé mentale (mais l'EHPAD bénéficie de l'équipe de psycho-gériatrie du CH de Brive). Il conviendrait également de se rapprocher de cabinets de dentistes pour améliorer le suivi bucco-dentaire, et de conventionner avec un établissement disposant d'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) en cas de besoin.

- Axe 2 : Repositionnement de l'offre et innovation

L'EHPAD dispose d'une offre correspond aux besoins du bassin de population. Il est toutefois important que l'établissement conserve la place d'Hébergement Temporaire d'Urgence (HTU) mise en place dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, car elle est utile au territoire.

L'établissement s'est engagé dans le développement de la télémédecine (des téléconsultations sont organisées le plus souvent avec le service de psychogériatrie du CH) ; outil qui a vocation à s'étendre encore dans les années à venir.

Les autorités administratives souhaitent que l'établissement s'implique dans le réseau local d'aide aux aidants animé par l'EHPAD de Varetz.

- Axe 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

L'établissement a conventionné avec une pharmacie pour la sécurisation du circuit du médicament et va poursuivre cette démarche qualitative.

L'EHPAD propose un accompagnement de fin de vie adéquat (temps de psychologue, équipe mobile de soins palliatifs, hospitalisation à domicile, personnel formé). Une réflexion est en cours sur le ou les moment(s) adapté(s) pour optimiser le nombre de directives anticipées prises par les résidents.

L'établissement réalise des déclarations exhaustives des chutes des résidents. Un travail d'analyse des chutes et de repérage du risque doit être développé.

Plusieurs agents soignants sont formés à l'hygiène bucco-dentaire. La réalisation de bilans est délicate en EHPAD. L'établissement souhaite développer cet élément important pour les résidents.

Le risque de dénutrition est pris en compte, avec un suivi régulier des poids des résidents et l'organisation de commissions des menus permettant aux résidents d'exprimer leurs remarques et leurs envies. L'EHPAD a la volonté de poursuivre l'amélioration de l'alimentation proposée et de développer le « manger-main » pour redonner de l'autonomie à des résidents qui peuvent manger seuls mais ne sont plus en mesure d'utiliser des couverts.

Un livret thérapeutique⁵ existe au sein de l'EHPAD, mais pourrait être réactualisé.

⁵ Le livret thérapeutique est une liste de médicaments établie par le médecin-coordonnateur, en lien avec les médecins traitants, à utiliser préférentiellement dans les prescriptions. Ces médicaments sont sélectionnés pour limiter les risques d'effets indésirables chez la personne âgée. Le livret thérapeutique est facultatif en EHPAD, et les médecins traitants, disposant de la liberté de prescription, peuvent prescrire des traitements hors livret.

- Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement

L'établissement dispose de Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP) pour les résidents. Il travaille à une version améliorée accentuant la construction pluridisciplinaire de cet outil majeur d'individualisation de l'accompagnement.

L'EHPAD est engagé dans une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Une charte de bientraitance est en vigueur depuis 2013. L'enjeu est le développement de la démarche éthique par la constitution d'un Comité éthique, éventuellement partagé entre plusieurs établissements.

Familles et proches disposent d'horaires de visite très larges pour être présents au sein de l'EHPAD. L'établissement souhaite organiser, sous une forme à définir, des réunions d'information auprès des familles, éventuellement sur des thématiques dédiées (démence, fin de vie, douleur...).

- Axe 5 : Performance et management de la qualité

L'établissement dispose de l'ensemble des outils de la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Un nouveau Projet d'Établissement est à rédiger. Le livret d'accueil pourra être actualisé.

Les Lignes Directrices de Gestion (LDG) ont été rédigées.

L'absentéisme est suivi et les accidents du travail donnent lieu à une analyse collégiale avec les représentants du personnel.

L'EHPAD a extrêmement peu recours à l'intérim, ce qui limite les surcoûts tout en favorisant des remplaçants fidélisés plus impliqués dans l'accompagnement qualitatif des résidents.

L'établissement ne dispose pas d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) formalisée, mais les effectifs sont suivis et les départs en retraite anticipés.

L'EHPAD n'a pas de plan pluriannuel de formation formalisé, mais construit chaque année un plan de formation tenant compte des souhaits des agents et des besoins identifiés par l'encadrement. L'établissement souhaiterait que se développent des formations inter-établissements sur les thématiques récurrentes (bientraitance, douleur, accompagnement de fin de vie, démence...), de manière à permettre aux agents de différentes structures de se rencontrer et de maximiser l'utilisation des crédits de formation (en effet, à plusieurs établissements, il est plus simple de réunir la douzaine d'agents constituant un groupe complet que pour un EHPAD seul).

La création d'un poste d'animateur, voulue par l'établissement, est indispensable pour améliorer la satisfaction des résidents, créer du lien social, et participer au maintien de l'autonomie.

Au niveau des achats, l'EHPAD utilise divers groupements d'achats (UGAP, RESAH, GCS Nouvelle-Aquitaine...) et participe à des achats groupés (groupement alimentaire Nord-Dordogne / Corrèze, AGGIR 15 pour les assurances...) afin de maîtriser les coûts. Une politique qualité est en place au niveau de l'établissement. L'EHPAD souhaite améliorer sa gestion des fiches de déclaration d'événements indésirables et voudrait développer l'outil en externe avec les partenaires (Centre Hospitalier, transporteurs...) lorsque des problèmes surviennent.

Le plan d'amélioration continue de la qualité sera à actualiser avec les orientations à venir du Projet d'Établissement.

La nouvelle démarche d'évaluation, proche de la certification hospitalière, est identifiée comme une difficulté en l'absence de temps de qualicien salarié de la structure. Les autorités administratives proposent à l'établissement de se rapprocher du CCECQA (Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Nouvelle-Aquitaine) pour un éventuel appui méthodologique.

Aussi, le CPOM 2024-2028 comprend 13 fiches-actions basées notamment sur les constats partagés entre l'établissement, le Département et l'ARS :

- Développer l'animation auprès des résidents,
- Améliorer l'accueil des résidents,
- Améliorer l'usage des Projets d'Accompagnement Personnalisés,
- Améliorer la sécurisation du circuit du médicament,
- Mieux accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD,
- Améliorer la Qualité de Vie au Travail,
- Améliorer l'alimentation des résidents,
- Santé bucco-dentaire,
- Répondre au besoin des résidents présentant des troubles du comportement sévères perturbateurs,
- Mieux repérer le risque de chute et améliorer l'analyse des chutes,
- Augmenter la superficie des locaux (finaliser l'aménagement du bâtiment « Grange »),
- Mettre en place les outils du Ségur Numérique en Santé,
- Conserver l'offre d'Hébergement Temporaire d'Urgence (HTU).

Les réflexions des différents groupes de travail en charge de la construction du présent Projet d'Établissement prennent en considération ces fiches-actions préexistantes.

2-2-2) Synthèse des dernières enquêtes de satisfaction

Le tableau ci-après présente synthétiquement les points forts et les points à améliorer repérés lors des plus récentes enquêtes de satisfaction :

- Les résidents et les familles étant invités à remplir une enquête tous les ans, les données datent de 2024-2025 ;
- Les personnels sont concernés par une enquête de satisfaction triennale. La plus récente couvre la période 2022-2023.

Il est à souligner que l'EHPAD a pu créer en autofinancement un temps plein d'animateur à compter de juin 2024 (l'établissement en étant dépourvu jusqu'alors, s'appuyant uniquement sur une équipe d'Aides Médico-Psychologiques). L'animatrice n'ayant pas souhaité renouveler son contrat au-delà du 31 décembre 2024, un nouveau recrutement a eu lieu courant février 2025. Les enquêtes de satisfaction 2024-2025 se sont déroulées pendant la période de vacance de poste d'animatrice.

Depuis les dernières enquêtes auprès du personnel, une coupe AGGIR / PATHOS a eu lieu en mai 2023, permettant une augmentation de l'effectif soignant à compter de février 2024. Le temps de psychologue a été porté de 0,4 à 0,5 ETP depuis septembre 2024. L'établissement bénéficie également d'une journée par quinzaine d'ergothérapeute depuis juin 2023, augmenté à une journée par semaine (grâce à un financement complémentaire de la Commission des Financeurs) en 2025.

Une convention a été passée avec la pharmacie d'Allasac pour que celle-ci assure la préparation de piluliers sous une forme sécurisée à compter de février 2023.

D'importants mouvements ont eu lieu concernant l'équipe d'hygiène des locaux fin 2024 du fait d'un départ en retraite et de plusieurs arrêts de longue durée, ce qui a, en dépit d'un remplacement intégral des agents, généré de l'instabilité et une dégradation de la prestation, soulignée dans l'enquête 2024-2025.

Enfin, s'agissant de l'alimentation, le manger-main a été mis en place courant 2024 au sein de l'établissement.

		Points forts	Points à améliorer
RESIDENTS	Droits et libertés	Résidents très satisfaits.	
	Sécurité	Assez fort sentiment de sécurité individuelle.	Quelques résidents ne considèrent pas leurs affaires personnelles en sécurité, et ne se considèrent pas eux-mêmes en sécurité.
	La chambre	Fort sentiment de se sentir chez soi. Établissement récent, grande liberté d'aménagement. Les chambres plaisent. Température majoritairement appréciée.	Léger bémol sur la température de la chambre.
	Hygiène des locaux	Prestation globalement satisfaisante au niveau de l'hygiène des chambres et des communs comme des réparations.	Petit bémol sur la propreté de l'établissement, et un peu plus encore sur celle de la chambre.

	Déroulement de la journée	Satisfaction très nette concernant les heures de lever, des soins et du coucher. Les heures de repas donnent aussi satisfaction, mais un peu moins forte.	Léger bémol sur l'horaire du repas du soir.
	Repas	Satisfaction élevée concernant la quantité, la présentation de l'assiette, et le service. Satisfaction assez forte sur la température de la salle de restaurant. Satisfaction moins nette concernant la diversité des menus, la température des plats et le goût.	Bémol sur la diversité des menus, sur la température des plats et dans une moindre mesure sur le goût. Très léger bémol sur la température de la salle de restaurant.
	Linge	Satisfaction sur la vitesse de rendu du linge. Satisfaction un peu moins nette sur le repassage et l'entretien du linge.	Bémol sur l'entretien et dans une moindre mesure sur le repassage du linge.
	Relations avec le personnel	Résidents très satisfaits de la manière dont le personnel s'adresse à eux et, dans une moindre mesure, de la disponibilité du personnel soignant.	Très léger bémol sur la disponibilité des personnels de soins.
	Accompagnement et soins	Résidents fortement satisfaits concernant le respect de l'intimité, le matériel, la toilette, et le délai de réponse aux appels. Satisfaction un peu moins forte sur la fréquence des douches / bains.	Satisfaction un peu plus faible sur la fréquence des douches / bains.
	Animation	Qualité, horaires, diversité, quantité satisfont globalement les résidents qui ont répondu.	Très léger bémol sur la quantité et la diversité des animations. Le haut taux de non-réponse sur ce thème (autour de 42%) montre qu'il manque des activités pour répondre aux attentes des résidents, et que le poste d'animateur est indispensable.
	Conseil de la vie sociale		Les résidents connaissent encore trop peu le CVS, ses missions, et leurs représentants.
FAMILLES	L'accueil	Très grande qualité de l'accueil. Les questions trouvent des réponses appropriées.	
	L'hôtellerie	Confort des locaux, ménage des communs, délai d'intervention technique satisfont fortement les familles. Satisfaction moins nette concernant le ménage des chambres.	Bémol sur le ménage des chambres.
	La vie quotidienne	Ambiance, horaires de visite, qualité des soins, repas, prestation linge satisfont fortement les familles. Satisfaction moins nette sur les animations.	Bémol concernant les animations.
	Les relations avec le personnel	Écoute et disponibilité du personnel. Les échanges sont très appréciés. Les prestations des libéraux génèrent une satisfaction élevée.	
	Conseil de Vie Sociale	Connaissance majoritaire de l'existence du CVS.	Les familles connaissent encore trop peu le rôle du CVS et leurs représentants.
	Prix de journée	Le tarif semble correspondre aux prestations fournies.	

PERSONNELS	Accompagnement des résidents	Matériel et prestations de services paraissent bien adaptés. Sentiment d'adaptation moins forte concernant les locaux. Sentiment majoritaire que le rythme de vie proposé est adapté aux résidents. Sentiment majoritaire de satisfaction quant à la qualité du travail effectué. Sentiment majoritaire d'avoir une vision proche de celle de la hiérarchie directe et de la Direction. Sentiment un peu plus mitigé sur l'adaptation des repas.	Sentiment majoritaire de manque de disponibilité pour les résidents (du fait des effectifs). Sentiment majoritaire d'avoir une vision divergente de celle du corps médical. Sentiments très mitigés sur les animations. Globalement, un tiers des répondants estiment que les locaux, les repas, le rythme de vie ne sont pas assez adaptés, et ne sont pas satisfaits de leur travail.
	Qualité de vie au travail	Satisfaction très forte sur horaires, plannings, congés, matériel, utilisation des compétences et organisation du travail. Personnel à l'aise dans la fonction. Personnel à l'aise dans le travail en équipe, mais dans une moindre mesure. Satisfaction nette quant aux formations. Net sentiment d'être suffisamment encadré. Sentiment majoritaire d'être écouté par le corps médical, l'encadrement, la Direction.	Sentiment mitigé sur l'information concernant les possibilités d'évolution de carrière.
	Mobilité professionnelle	Sentiment d'épanouissement majoritaire.	Épanouissement freiné par le niveau quantitatif des effectifs.

Appréciation générale des résidents :

Réponse	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Sans réponse
Nombre	3	13	0	0	3
Pourcentage	15,79%	68,42%	0,00%	0,00%	15,79%

Appréciation générale des familles :

Réponse	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Sans réponse
Nombre	10	14	1	0	0
Pourcentage	40,00%	56,00%	4,00%	0,00%	0,00%

Appréciation générale du personnel :

Réponse	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Sans réponse
Nombre	0	19	5	0	3
Pourcentage	0,00%	70,37%	18,52%	0,00%	11,11%

Les résultats des enquêtes de satisfaction attestent d'un EHPAD répondant grandement aux besoins et attentes des résidents. L'établissement est également fortement apprécié des familles. Le personnel est globalement satisfait, tout en souhaitant une augmentation des effectifs, notamment soignants, pour améliorer encore l'accompagnement proposé. La synthèse des enquêtes présente chaque année des perspectives destinées dans la mesure du possible à corriger les points ressortant comme « à améliorer ».

3) **MATRICES SWOT**

La matrice SWOT⁶ permet de visualiser rapidement les facteurs internes et externes favorables ou défavorables à une structure.

Pour davantage de clarté et de précision, deux matrices SWOT seront présentées : une pour le SSIAD et une autre pour l'EHPAD.

3-1) **Matrice SWOT du SSIAD**

Concernant les facteurs internes, les **forces** repérées ne paraissent pas nécessiter de plus amples explications : le SSIAD propose des prestations de haut niveau, fortement appréciées des bénéficiaires, et a su s'engager dans une politique qualité dynamique. La présence d'une psychologue à quart-temps est un atout important pour les patients, les aidants et les personnels. Le SSIAD a su nouer des partenariats sur le territoire, notamment avec l'HAD.

Du côté des **faiblesses**, la coordination avec les infirmiers libéraux et autres partenaires pourrait encore être optimisée, et l'utilisation de l'outil PAACO (échanges d'informations dématérialisées avec droits d'accès selon l'utilisateur) développée.

Pour ce qui est des facteurs externes, les **opportunités** sont principalement liées au vieillissement de la population, à la volonté politique de privilégier le maintien à domicile, à l'existence de « zones blanches » restant à couvrir, et à la réforme de la tarification. Cette réforme complexifie grandement les prévisions budgétaires des SSIAD (auparavant financés en dotation globale), mais permet une meilleure adéquation entre les ressources et les besoins en soins des patients. Le « forfait cible » découlant de la réalité des accompagnements sera atteint en 2027. Entre-temps, une convergence positive est instaurée.

Les **menaces** se situent pour partie dans les difficultés de recrutement auxquelles le secteur médico-social est confronté depuis plusieurs années. Cette situation est moins prégnante sur le Bassin de Brive que dans des zones plus rurales, mais il convient de demeurer vigilant concernant ce risque. Il est également essentiel que l'État intègre la compensation intégrale des hausses de charges qu'il décide (hausse des rémunérations, hausse des cotisations CNRACL...) dans les recettes du service afin de ne pas mettre en péril les équilibres budgétaires.

⁶ La matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) représente les forces et les faiblesses (facteurs internes) ainsi que les opportunités et les menaces (facteurs externes) d'un Domaine d'Activité Stratégique (DAS)

	ELEMENTS POSITIFS	ELEMENTS NEGATIFS
FACTEURS INTERNES	<p>FORCES</p> <p><i>Éléments objectifs caractérisant le service, qui le distinguent positivement d'un autre service et qui sont susceptibles de lui procurer un avantage concurrentiel</i></p> <p>Forte qualité du service : qualité des soins, qualités relationnelles de l'équipe, qualité de l'accueil et de l'organisation... reconnue par les bénéficiaires</p> <p>Rattachement à l'EHPAD, permettant une synergie positive</p> <p>Politique RH efficiente, marquée par la stabilité de l'effectif et l'accueil de nombreux stagiaires</p> <p>Politique Qualité développée : enquêtes de satisfaction, référents qualité, fiches de déclaration d'évènement indésirable...</p> <p>Transmissions ciblées</p> <p>Logiciel métier moderne, référencé Ségur (utilisation de l'Identifiant National de Santé, du Dossier Médical Partagé et de la Messagerie Sécurisée de Santé), couplé à des téléphones autorisant l'accès au logiciel lors des tournées</p> <p>Nombreux partenariats : HAD, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie, association des SSIAD Corrèziens Soins19...</p> <p>Satisfaction des agents travaillant dans le service</p> <p>Présence d'une psychologue à quart-temps dédiée au SSIAD</p> <p>Réflexion éthique, Charte bientraitance</p> <p>Possibilité de participation de bénéficiaires du SSIAD à des animations proposées à l'EHPAD</p>	<p>FAIBLESSES</p> <p><i>Éléments objectifs caractérisant le service, qui le distinguent d'un autre service et qui sont susceptibles de lui procurer un désavantage concurrentiel</i></p> <p>La coordination avec les infirmiers libéraux et autres partenaires pourrait être optimisée</p> <p>L'outil PAACO pourrait être plus utilisé pour des échanges dématérialisés et sécurisés avec les partenaires</p>
	FACTEURS EXTERNES	<p>OPPORTUNITES</p> <p><i>Tendance favorable de l'environnement pouvant faciliter les projets du service et/ou lui ouvrir de nouvelles possibilités</i></p> <p>Vieillesse de la population</p> <p>Volonté politique de développer le maintien à domicile</p> <p>Existence de « zones blanches » à couvrir</p> <p>Réforme de la tarification en cours depuis 2023, qui sera finalisée en 2027, permettant de disposer de financements plus en adéquation avec les soins délivrés</p>

Réforme Service Autonomie à Domicile

Enfin, un élément a été positionné « à cheval » entre les catégories opportunités et menaces (et à ce stade plutôt du côté des menaces), car l'influence finale n'en est pas encore déterminée. Il s'agit de la réforme des Services Autonomie à Domicile (SAD). En effet, si l'obligation d'entité juridique unique n'est pas levée d'ici 2030, le service serait intégré à un GCSMS (co-piloté par l'EHPAD et le service d'aide partenaire), complexifiant grandement le fonctionnement. Au contraire, si le pragmatisme l'emporte par l'option d'une convention renforcée avec un service

d'aide, les bénéficiaires profiteraient pleinement d'une meilleure coordination entre l'aide et le soin, sans que le service ne soit déstabilisé.

En conclusion, **il semble que le bilan que l'on peut dégager de cette matrice soit nettement favorable au service, à condition que la réforme SAD soit assouplie.** Dans ce cas, le service pourrait envisager l'avenir sous de bons auspices.

3-2) Matrice SWOT de l'EHPAD

Concernant les facteurs internes, les **forces** repérées sont nombreuses : la structure est récente et confortable, l'établissement est engagé dans une politique qualité et mène des projets de manière dynamique. Le personnel est stable et le recours à l'intérim exceptionnel. L'EHPAD a également su nouer de multiples partenariats sur le territoire.

Du côté des **faiblesses**, plusieurs concernent le bâti, certaines correspondant à des choix stratégiques assumés (absence d'unité sécurisée, absence de blanchisserie interne). Des comités éthique et qualité devront être mis en place. L'absence de temps de qualicien constitue une fragilité dans un environnement où les exigences qualité sont de plus en plus prégnantes, notamment en vue de l'évaluation. Une subvention du Département versée dans le cadre de la restructuration et devenue par la suite « transférable au compte de résultat » engendre un manque de Capacité d'Auto-Financement qu'il faut contrôler pour ne pas devoir restreindre les investissements à l'avenir.

Pour ce qui est des facteurs externes, les **opportunités** sont principalement liées au vieillissement de la population, à la dynamique du Bassin facilitant les recrutements, aux multiples appels à projets publiés sur lesquels l'établissement peut se positionner pour obtenir des moyens supplémentaires, et au développement de l'Hébergement Temporaire d'Urgence (l'établissement souhaitant l'autorisation pour une place déjà physiquement existante). Il est également estimé que la loi de programmation pluriannuelle pour le grand-âge, prévue par l'article 10 de la Loi Bien Vieillir avant le 31 décembre 2024, constituera, lorsqu'elle sera adoptée, une opportunité pour l'établissement ; une hausse des budgets étant attendue pour faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la dépendance.

Les **menaces** se situent pour partie dans la démographie médicale, il est ainsi important que le nombre de généralistes et de spécialistes ne diminue pas. Le risque lié aux difficultés de recrutement n'est pas non plus à exclure, en dépit de la position géographique de l'EHPAD et de sa notoriété, car l'ensemble du secteur médico-social y est confronté. Il est également essentiel que l'État intègre la compensation intégrale des hausses de charges qu'il décide (hausse des rémunérations, hausse des cotisations CNRACL...) dans les recettes de l'EHPAD afin de ne pas mettre en péril les équilibres budgétaires.

	ELEMENTS POSITIFS	ELEMENTS NEGATIFS
FACTEURS INTERNES	<p align="center">FORCES</p> <p><i>Éléments objectifs caractérisant l'établissement, qui le distinguent positivement d'un autre établissement et qui sont susceptibles de lui procurer un avantage concurrentiel</i></p> <p>EHPAD récemment restructuré, ne comportant que des chambres individuelles, spacieuses et confortables, proche du centre-ville</p> <p>Tarifs hébergement adaptés, permettant un bon rapport qualité/prix</p> <p>Cuisine réalisée sur place</p> <p>Bâtiment disposant de climatisations dans les salles communes mais aussi dans l'ensemble des couloirs des unités d'hébergement</p> <p>Équipe stable, Qualité de Vie au Travail appréciée, très faible recours à l'intérim, accueil de nombreux stagiaires</p> <p>Bonne santé financière en dépit d'un contexte national défavorable, participation à plusieurs groupements d'achats</p> <p>Prestations de qualité, reconnues par une forte satisfaction des résidents et des familles</p> <p>Bâtiment « Grange » en cours d'aménagement en vue de disposer de locaux archives, stockages, atelier... actuellement sous-dimensionnés</p> <p>Politique qualité affirmée : enquêtes de satisfaction, fiches de signalement d'évènement indésirable, charte bientraitance...</p> <p>Coopérations avec d'autres EHPAD : tours de gardes, réunions régulières, ports de projets communs...</p> <p>Nombreux partenariats avec les CH et d'autres établissements / structures : HAD, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile d'hygiène, équipe multidisciplinaire d'antibiothérapie, GCSMS O'Vézère, pharmacie, infirmière du CMP...</p> <p>Logiciel métier référencé Ségur (utilisation de l'Identifiant National de Santé, du Dossier Médical Partagé et de la Messagerie Sécurisée de Santé), couplé à des tablettes permettant une utilisation mobile</p> <p>Utilisation de la télé médecine</p> <p>Convention médecine du travail</p> <p>Présence entre autres d'un médecin-coordonnateur, d'un mi-temps de psychologue et d'un temps d'ergothérapeute</p>	<p align="center">FAIBLESSES</p> <p><i>Éléments objectifs caractérisant l'établissement, qui le distinguent d'un autre établissement et qui sont susceptibles de lui procurer un désavantage concurrentiel</i></p> <p>Parking limité en places</p> <p>Présence d'un toit plat végétalisé, conduisant à des infiltrations</p> <p>Absence d'unité sécurisée pour les personnes démentes déambulantes</p> <p>Absence de rails au plafond dans les chambres</p> <p>Absence de blanchisserie interne (externalisation)</p> <p>Absence de temps de qualicien</p> <p>Absence de comité d'éthique</p> <p>Absence de comité qualité</p> <p>La redéfinition d'une subvention versée par le Département lors de la restructuration en « subvention transférable au compte de résultat » a posteriori de la validation du montage financier entraîne mécaniquement un manque de Capacité d'Auto-Financement, susceptible de grever durablement les possibilités d'investissement de l'établissement</p>
	FACTEURS EXTERNES	<p align="center">OPPORTUNITES</p> <p><i>Tendance favorable de l'environnement pouvant faciliter les projets de l'établissement et/ou lui ouvrir de nouvelles possibilités</i></p> <p>Vieillesse de la population</p> <p>Dynamisme de la ville d'Allasac et du Bassin de Brive</p> <p>Parution d'appels à projets permettant l'obtention de moyens supplémentaires, notamment pour l'installation de rails au plafond</p> <p>Développement national de l'Hébergement Temporaire d'Urgence (HTU), l'EHPAD disposant d'une chambre dédiée dans le cadre de l'expérimentation PAERPA</p> <p>Loi de programmation prévue par la Loi Bien Vieillir (à venir)</p>

Réforme Groupement Territorial Social et Médico-Social (GTSMS)

Enfin, un élément a été positionné « à cheval » entre les catégories opportunités et menaces, car l'influence finale est encore incertaine. Il s'agit de la réforme des Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS). En effet, selon le dimensionnement géographique choisi, les fonctions partagées et les objectifs politiques associés, les GTSMS peuvent constituer une réelle opportunité d'améliorer le service rendu à la population ou, au contraire, engendrer une dégradation des prestations si la recherche d'économies est visée.

En conclusion, **il apparaît que le bilan que l'on peut dégager de cette matrice soit nettement favorable à l'établissement.** Il est donc possible d'entrevoir pour l'EHPAD un avenir sous de bons auspices à condition que la mise en place des GTSMS soit qualitative et que la loi de programmation pluriannuelle pour le grand-âge soit ambitieuse.

POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Suite au diagnostic stratégique de l'établissement et à l'observation des forces/faiblesses/menaces/opportunités, il convient à présent de déterminer les grands axes de politique générale pour la période 2026-2030. Préalablement, un rappel du « métier » de l'établissement et de ses valeurs sera effectué.

1) **NOTRE « MÉTIER »**

Dans cette section, le terme « métier » est à comprendre dans le sens de l'ensemble de compétences que l'établissement maîtrise.

1-1) **Le métier du SSIAD**

Le métier du SSIAD du Canton d'Allasac est d'accompagner et de prendre en soins des personnes âgées dépendantes demeurant à domicile, en lien avec les infirmier(e)s libéraux(ales) conventionnés par le service, dans le respect des principes édictés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, la loi du 8 avril 2024 dite « Bien vieillir » et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Le SSIAD a aussi une mission vis-à-vis des familles des patients accompagnés, souvent aidants familiaux : il doit être à l'écoute, répondre autant que faire se peut à leurs attentes, mais également pouvoir proposer un accompagnement psychologique adapté, notamment lors d'une dégradation de l'état de santé ou d'un besoin de meilleure compréhension d'une pathologie.

À partir de cette définition du « métier », les **principaux facteurs-clés de succès**⁷ se déduisent aisément :

- Qualité de l'étape d'admission ;
- Qualité des « soins » apportés (soins infirmiers, aide aux actes de la vie courante, accompagnement de fin de vie...)

⁷ Les facteurs-clés de succès correspondent aux compétences, ressources, atouts qu'une structure doit nécessairement posséder pour réussir dans une activité.

- Qualité du soutien psychologique ;
- Qualité de l'individualisation des prestations (via le projet d'accompagnement personnalisé notamment) ;
- Qualité de l'adaptation à l'environnement du patient (domicile) ;
- Qualité de la communication, des informations mises à la disposition des patients comme des familles ;
- Qualité du relationnel établi avec les patients et les familles ;
- Qualité de la prise en considération des remarques des patients ;
- Qualité des réponses apportées aux divers questionnements ;
- Qualité de la coordination avec les autres intervenants au domicile ;
- Qualité de la transmission des informations et de la communication au sein de l'équipe...

1-2) Le métier de l'EHPAD

Le métier de l'EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac est d'accueillir et d'accompagner, et ceci dans ses diverses dimensions (hébergement, restauration, animation, soins, soutien psychologique, aide aux actes de la vie courante, maintien de l'autonomie...), **des personnes âgées dépendantes dont le maintien à domicile est devenu trop difficile**, dans le respect des principes édictés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, la loi du 8 avril 2024 dite « Bien vieillir » et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

En outre, l'EHPAD a un rôle important vis-à-vis des familles : il se doit d'être à leur écoute, de répondre dans la mesure du possible à leurs attentes, et d'être à même de leur proposer un accompagnement psychologique adéquat pour les aider notamment à faire face au choc de l'entrée en établissement, à l'évolution des pathologies, de l'imminence du décès, ou du deuil à effectuer.

À partir de cette définition du « métier », les **principaux facteurs-clés de succès** se déduisent aisément :

- Qualité de la structure et des locaux (notamment l'adaptation aux résidents) ;
- Qualité de l'accueil ;
- Qualité des prestations hôtelières (ménage, restauration, linge, petites réparations, entretien des extérieurs) ;

- Qualité de l'animation ;
- Qualité des « soins » apportés (soins médicaux, soins infirmiers, aide aux actes de la vie courante, accompagnement de fin de vie...) ;
- Qualité du soutien psychologique ;
- Qualité des services rendus par l'administration ;
- Qualité de la prise en considération des souhaits et envies des résidents ;
- Qualité de l'individualisation des prestations (via le projet d'accompagnement personnalisé notamment) ;
- Qualité de la communication, des informations mises à la disposition des résidents comme des familles ;
- Qualité du relationnel établi avec les résidents et les familles ;
- Qualité des réponses apportées aux divers questionnements ;
- Qualité de la transmission des informations et de la communication au sein des équipes...

2) NOS VALEURS

Au cours de l'année 2013, les équipes avaient effectué un travail sur les valeurs que chaque agent se doit de respecter. Il s'en est suivi la réalisation d'une Charte de bientraitance, affichée au sein de l'établissement et également utilisée par le SSIAD.

Ces valeurs communes sont rappelées ci-dessous :

Les êtres comptent toujours plus que les actes

La bientraitance est une attitude du personnel, des résidents et des familles respectives qui au-delà de l'aspect matériel et affectif a vocation à adopter un comportement réflexif respectueux.

La personne âgée est un être humain à part entière qui conserve ses droits.

Cette charte a pour projet de promouvoir le mieux-être des résidents, tout en donnant aux soignants un cadre de travail serein et motivant. Elle consiste à fixer les limites que rencontrent les intervenants dans l'accompagnement et la prise en compte individualisée de la personne âgée dans le cadre de son projet de vie. Elle constitue un engagement moral de l'agent acté par l'institution.

Les personnes âgées ont besoin de professionnels compétents, respectueux de leur dignité, et conscient de leur mission.

Notre métier est de « marcher au pas de l'autre » ; « marcher au pas de celui qui est dépendant » pour leur assurer un bien-être quotidien, heureux et digne en toutes circonstances ; donner une réponse professionnelle, humaine et de qualité à toutes les formes de dépendances dans le cadre de nos missions et d'une prestation personnalisée et adaptée.

La bientraitance doit se structurer par un ensemble de comportements individuels, collectifs, interprofessionnels qui prennent en compte la personne âgée dans sa globalité, et l'ensemble de ses besoins en lien avec la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée Dépendante en institution que je m'engage à respecter et à faire respecter.

Pour la bientraitance des résidents de l'EHPAD « Au gré du vent », nous nous engageons à développer et à faire vivre les valeurs et les démarches suivantes :

- *Reconnaitre la personne âgée comme un adulte à part entière avec une histoire de vie qui lui est propre.*
- *Vouvoyer les résidents, n'adopter le tutoiement que sur sa demande ou s'il fait partie de ses connaissances personnelles, ou par rapport à sa maladie.*
- *Frapper à la porte et attendre la réponse avant d'entrer (selon la pathologie).*
- *Répondre aux sonnettes dans les meilleurs délais.*
- *Être courtois et respectueux en toutes circonstances, en prenant conscience de mon état émotionnel, en reconnaissant mes propres limites pour éviter une agressivité potentielle et en utilisant les ressources mises à ma disposition avec l'équipe plurielle.*
- *Être attentif à la qualité de la communication verbale et non-verbale nécessaire.*
- *Se mettre à sa hauteur pour la communication et la prise des repas.*
- *Respecter son confort et sa tranquillité, son rythme de vie, ses goûts, ses choix vestimentaires, sa sexualité.*
- *Identifier les besoins et les capacités de chacun afin d'apporter une réponse adaptée avec le projet individuel.*
- *Accepter d'évaluer mes pratiques professionnelles et de les modifier si nécessaire.*
- *S'engager dans une démarche de formation continue pour les enrichir.*

- *Optimiser intimité et intégrité physique et psychique : accompagner l'autonomie des résidents en privilégiant le « faire-faire » plutôt que le « faire à la place de » ceci toujours en lien avec les capacités du résident et son projet de vie.*
- *Accepter d'intervenir auprès du résident quel que soit son degré d'autonomie et son secteur de résidence dans l'établissement.*
- *Informer le résident sur tous ses soins, ses démarches administratives.*
- *Identifier ses besoins jour et nuit.*
- *Repérer les moments de détresse et le rassurer, chercher en équipe les solutions à son angoisse.*
- *Favoriser le déplacement du résident en respectant son rythme d'aller et venir.*
- *Ne jamais accepter aucun argent, ni cadeau, ne pas profiter de la crédulité des résidents.*

Mais aussi nous attendons de vous, futurs résidents et proches des résidents :

- *Respect et patience quelque fois. Les week-ends, l'effectif est réduit et l'organisation des soins obligatoirement différente. Aussi nous vous demandons compréhension dans le déroulement de l'accompagnement pour les toilettes notamment.*
- *Courtoisie et tolérance dans vos demandes et vos remarques.*
- *Compréhension à l'égard des troubles du comportement et de la maladie des autres résidents.*
- *Respecter le refus de votre parent pour certains actes de la vie quotidienne, ne pas parler pour lui ; votre parent conserve ses droits dans l'institution.*
- *Un effort pour vous adapter à la vie en collectivité (toilettes et repas sont assurés en respectant les histoires de vie).*

Cette Charte datant de 2013 sera actualisée dans les prochaines années.

3) POLITIQUE GÉNÉRALE

La politique générale de l'établissement pour la période 2026-2030 est la suivante :

L'établissement affirme, à travers son Projet d'Établissement 2026-2030, sa volonté de proposer un accompagnement global, humain, sécurisé et inclusif aux personnes âgées accueillies en EHPAD comme aux patients du SSIAD.

Établissement public relevant de la Fonction Publique Hospitalière, la structure inscrit son action dans les valeurs du service public : égalité d'accès, continuité, adaptabilité, neutralité, solidarité et respect de la dignité des personnes.

La politique de l'établissement repose sur une approche centrée sur la personne accompagnée, ses choix de vie, ses habitudes, ses capacités et son autonomie. Elle vise à promouvoir la bientraitance et à garantir un accompagnement individualisé, respectueux des droits et libertés, favorisant la qualité de vie, la participation sociale et le maintien du lien avec les proches.

L'établissement entend également répondre aux évolutions des besoins du territoire, notamment en matière de vieillissement, de dépendance, de maintien à domicile, de coordination des parcours et d'accès aux soins.

Plus précisément, cette politique se décline en plusieurs grands axes :

- Améliorer les conditions d'hébergement de l'EHPAD et d'accompagnement par le SSIAD, de la demande d'admission à la fin du séjour, dans un souci d'individualisation des prestations, de profond respect des droits et libertés et de constante bientraitance ;
- Développer la vie sociale, culturelle, la citoyenneté, l'ouverture vers l'extérieur, et améliorer le cadre de vie, le confort et la fonctionnalité des espaces ;
- Optimiser les bonnes pratiques professionnelles et la coordination au profit des résidents et des patients ;
- Améliorer la Qualité de Vie au Travail, renforcer la formation et soutenir les équipes ;
- Promouvoir la démarche d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques, et la communication en vue de satisfaire au mieux les usagers de l'établissement, les familles et les personnels ;
- Poursuivre et amplifier la démarche développement durable et responsable.

La stratégie de mise en œuvre de cette politique est décrite dans le cadre du présent Projet d'Établissement par l'élaboration :

- Du Projet de Vie ;
- Du Projet de Soins ;
- Du Projet d'Animation ;
- Du Projet Social ;
- Du Projet SSIAD ;
- Du Projet Qualité.

LE PROJET DE VIE

Cette partie relative au Projet de Vie est construite en deux sections :

- La première explicite la démarche suivie pour la conception du projet ;
- La seconde permet la présentation des conclusions du groupe de travail.

1) LA DÉMARCHE

Cette section va traiter dans un premier temps de la composition du groupe de travail, avant de préciser pour chacune des réunions organisées les thèmes abordés.

1-1) Le groupe de travail

Ont participé au groupe de travail « Projet de Vie », coanimé par M. SOULIER, Adjoint des Cadres Hospitaliers, et Mme MOGEDA, Cadre de Santé, les agents suivants :

Prénom NOM	Fonction
M. Vincent BARON	Chef Cuisine
Mme Sylvie CHABRAT	Agent des Services Hospitaliers
Mme Catherine CHASTANET	Agent des Services Hospitaliers
M. Patrick DELMOND	Agent technique
Mme Sandrine FUGALDI	Aide-soignante
Mme Christine LANDREVIE	Adjointe Administrative en charge des résidents
Mme Leslie MOGEDA	Cadre de santé
M. Antoine SOULIER	Adjoint des Cadres Hospitaliers
Mme Louise SIWENE	Aide-soignante

1-2) Réunions et thèmes abordés

Le groupe de travail « Projet de Vie » s'est réuni cinq fois.

Le tableau ci-dessous indique les dates de réunions du groupe « Projet de Vie » et les thèmes traités :

Date de réunion	Thèmes traités
Mardi 23 septembre 2025	Rappel du rôle du Projet de Vie et de sa finalité Explication du déroulé des séances et du fonctionnement prévu Co-construction du plan et des thématiques à aborder
Mardi 07 octobre 2025	Retour sur la réunion précédente Préparation en amont des admissions (prise de contact et dépôt du dossier, processus de préadmission, suivi et actualisation de la liste d'attente, organisation des visites) Préparation de l'accueil (Constitution et actualisation des documents d'admission, recueil du consentement du résident, désignation du référent familial et de la personne de confiance, transmission et circulation des informations, accueil en chambre et documents remis, aménagement et personnalisation de la chambre) Accueil et intégration du résident (présentation des instances de l'établissement, recueil des habitudes de vie, inventaire et sécurisation des effets personnels, Projets d'Accompagnements Personnalisés) Droits et libertés du résident (Chartes, pratique et respect des cultes, protection juridique et accompagnement, exercice des droits civiques, recueil des réclamations et enquêtes de satisfaction, Conseil de la Vie Sociale, respect de la dignité et de l'intimité des résidents, gestion des décès et accompagnement des familles...)
Mardi 04 novembre 2025	Retour sur la réunion précédente Préparation des repas (élaboration des repas, menus spéciaux et saisonniers, choix et validation des produits, communication et affichage, individualisation des repas, suivi des textures, procédures et traçabilité)

	Prise des repas (horaires des repas, lieu de la prise de repas, organisation, gaspillage et développement durable, moments conviviaux et échanges)
Mardi 25 novembre 2025	Retour sur la réunion précédente Entretien du linge (heure de passage, gestion du stock, remontées d'informations, inventaire des armoires, changement de linge, linges non-identifiés, marchands, badgeage) Hygiène des locaux (réactualisation des protocoles et organisation, changement des produits, Module TITAN Hygiène)
Mardi 09 décembre 2025	Retour sur la réunion précédente Gestion de la partie technique (climatisation, chauffage, réseau ECS, groupe électrogène, TGBT, luminaires des chambres, veilleuses, offices, salle de soins, local de stockage du matériel médical, portails, étanchéité, grange, parc automobile, signalétique et stationnement, gestion des déchets) Sécurité incendie (formation du personnel, plan d'évacuation, asservissement des issues de secours, coins fumeurs)

2) LES ORIENTATIONS DU PROJET DE VIE

Le présent Projet de Vie constitue le socle de référence de l'EHPAD. Il s'inscrit dans le cadre du Projet d'Établissement et traduit la volonté de la structure d'assurer un accompagnement global, cohérent et respectueux des personnes âgées accueillies. Il formalise les orientations stratégiques, les principes d'intervention et les engagements qui fondent l'action quotidienne des professionnels au service des résidents.

Conformément aux dispositions de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et aux articles du Code de l'Action Sociale et des Familles relatifs aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'établissement élabore un Projet d'Établissement définissant ses objectifs, son organisation et ses modalités de fonctionnement. Le Projet de Vie en constitue une composante essentielle. Il s'inscrit également dans le respect des droits et libertés de la personne accueillie tels que garantis par les Chartes en vigueur, ainsi que dans le cadre des évolutions introduites par la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) et la loi Bien Vieillir et par les recommandations de bonnes pratiques

professionnelles de la Haute Autorité de Santé. À ce titre, il participe à la mise en œuvre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité et répond aux exigences d'évaluation applicables au secteur médico-social.

Au-delà de son caractère réglementaire, le Projet de Vie exprime l'identité et les valeurs portées par l'établissement. En tant qu'EHPAD public, la structure inscrit son action dans les principes fondamentaux du service public : égalité d'accès, continuité, neutralité et adaptation aux besoins de la population. Elle affirme son engagement à accueillir chaque résident sans discrimination, à garantir un accompagnement stable et sécurisé, et à agir avec impartialité et respect des convictions de chacun.

Le Projet de Vie place la personne âgée au cœur du dispositif d'accompagnement. Il reconnaît chaque résident comme un sujet singulier, porteur d'une histoire, d'un parcours, de repères et de choix qui lui sont propres. L'entrée en établissement constitue une étape majeure de la vie, souvent marquée par des ruptures et des fragilités. L'EHPAD s'attache ainsi à préserver la dignité, l'intimité et la liberté de la personne, tout en veillant à sa sécurité et à son bien-être. L'accompagnement proposé vise à concilier protection et respect de l'autonomie, en tenant compte des capacités et des souhaits exprimés par le résident, ainsi que, le cas échéant, par son représentant légal.

Dans cette perspective, l'établissement développe une approche globale intégrant les dimensions médicale, soignante, psychologique, sociale et relationnelle. Le Projet de Vie s'articule avec les projets d'accompagnements personnalisés (PAP) élaborés pour chaque résident, dans une logique d'écoute, de dialogue et d'ajustement régulier. Il soutient le maintien des capacités, favorise la participation à la vie sociale et institutionnelle et contribue à la préservation des liens familiaux et citoyens.

Le Projet de Vie constitue également un outil de cohérence et de pilotage pour l'ensemble des professionnels. Il fédère les pratiques autour de principes partagés, promeut la bientraitance et la prévention de toute forme de maltraitance, et soutient une culture commune fondée sur l'éthique, la responsabilité et la qualité de service. Il s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue, reposant sur l'évaluation régulière des pratiques, la formation des équipes et l'adaptation constante aux évolutions réglementaires et aux besoins des personnes accueillies.

Document vivant et évolutif, le Projet de Vie est le fruit d'une réflexion collective associant les équipes, les instances représentatives, les résidents et leurs proches. Il a vocation à être réinterrogé et actualisé périodiquement afin de garantir la pertinence des orientations retenues et de maintenir un haut niveau d'exigence dans l'accompagnement proposé.

Par ce projet, l'EHPAD réaffirme son engagement à offrir aux personnes âgées un cadre de vie sécurisant, respectueux et porteur de sens, dans lequel chacune peut continuer à être reconnue dans sa singularité et accompagnée avec considération, humanité et professionnalisme.

2-1) L'admission, l'accueil, les droits et libertés, le décès

L'accueil d'un nouveau résident est une étape très importante pour l'intégration future de celui-ci à la vie collective. L'accueil du résident constitue un élément déterminant dans lequel l'ensemble de l'équipe doit jouer un rôle fondamental. Il traduit ce passage du domicile à l'établissement et le degré d'intensité d'une réelle rupture tant physique, géographique que psychologique pour le sujet âgé. La perte de tous ses repères est souvent facteur de perturbations physiques (malaises/chutes, incontinence, perte de l'appétit, etc.), de perturbations psychiques (détérioration mentale, grabatisation, isolement...), qui fragilisent la personne âgée et la rendent encore plus vulnérable à l'apparition de pathologies diverses. Les modalités d'accueil expriment clairement le sens et l'importance donnée par l'institution à cette fonction. Si l'entrée du nouveau résident a été correctement prévue, organisée, pensée, l'accueil du premier jour devrait s'effectuer dans une angoisse moindre et l'intégration de la personne à la vie de l'établissement aura plus de chance de réussite.

L'ensemble de la procédure d'accueil (le temps passé auprès du futur résident et des familles), les différentes mises au point, le recueil des informations, la remise des documents réglementaires (contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement...) contribuent à la clarification de la situation et évitent les malentendus dès l'entrée en établissement. Il ne sera que plus facile d'aborder toutes les questions qui se poseront à l'avenir.

Les prestations proposées par l'établissement sont conformes au socle de prestations du Code de l'Action Sociale et des Familles (Annexe 2-3-1 modifiée par le Décret n°2022-734 du 28 avril 2022).

2-1-1) Préparation en amont des admissions

2-1-1-1) Prise de contact et dépôt du dossier

L'établissement reste joignable à tout moment. Les horaires de l'administration sont clairement affichés dans la structure et mentionnés sur le site internet. Les IDE assurent la continuité en dehors des horaires administratifs et orientent efficacement les interlocuteurs vers les bons services, tout en les informant des tranches horaires leur permettant de joindre directement le correspondant souhaité.

Cependant, il a été noté que ces horaires ne sont pas indiqués sur la boîte vocale du standard, ce qui constitue un point à améliorer.

Les agents administratifs orientent en priorité les personnes souhaitant une admission vers la plateforme Via-Trajectoire. Au besoin, les dossiers d'admission sont disponibles en version papier au secrétariat et contiennent l'ensemble des volets administratif et soins ainsi que la liste des pièces à fournir.

Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour et les dossiers d'inscription sont accessibles en ligne sur le site internet de l'établissement.

2-1-1-2) Processus de préadmission

L'établissement et les usagers accèdent à la plateforme « Via-Trajectoire ». La demande est réalisée à l'aide du dossier permettant de solliciter l'entrée en EHPAD tel que défini par l'article D.312-155-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Celui-ci comprend un volet administratif et médical.

Il existe une Commission d'admission au sein de l'établissement, mais elle n'est pas formalisée. Le médecin-coordonnateur et la Cadre de Santé traitent tout d'abord les dossiers séparément, puis échangent sur ceux recevant un avis favorable. Au besoin, l'avis de la psychologue est bien intégré au processus. L'adjointe administrative en charge des résidents étudie les aspects administratifs. L'outil Via-Trajectoire est utilisé de manière pertinente.

2-1-1-3) Suivi et actualisation de la liste d'attente

La liste d'attente active comprend à la date de conception du présent Projet une vingtaine de dossiers. Les actualisations doivent être effectuées par l'adjointe administrative en charge des résidents afin de permettre une meilleure réactivité dès la libération de chambre.

Les personnes susceptibles d'entrer doivent être connues de l'équipe administrative et de l'IDEC lors des congés de la cadre de santé et du médecin-coordonnateur, afin de fluidifier les admissions et optimiser le taux d'occupation.

Une réflexion est en cours pour créer une liste prioritaire distincte, mise à jour régulièrement. Cela permettrait de séparer les dossiers dits « urgents » des demandes de précaution.

Une attention doit toutefois être portée à la suppression des dossiers refusés par le médecin-coordonnateur pour maintenir une base de données à jour.

Il est également nécessaire de suivre les évolutions nationales et de faire remonter des demandes d'amélioration auprès de Via-Trajectoire, notamment sur l'intégration automatique des décès, actuellement absente.

Un travail renforcé avec les services sociaux est également attendu afin de mieux filtrer et actualiser les dossiers.

Par ailleurs, l'EHPAD complète régulièrement le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) régional, permettant d'indiquer les places disponibles. À compter du 3^{ème} trimestre 2026, cet outil deviendra national (Répertoire National de l'Offre et des Ressources).

2-1-1-4) Organisation des visites

La visite de l'établissement est systématiquement proposée aux résidents et à leurs familles avant toute admission.

Une visite au domicile ou à l'hôpital de la cadre de santé est également prévue pour les personnes âgées admissibles le nécessitant.

2-1-1-5) Planification des admissions

Le rythme des admissions est généralement de deux par semaine maximum, en tenant compte de l'organisation des équipes (idéalement présence de 5 AS l'après-midi et d'un poste en journée infirmier).

Les admissions sont majoritairement planifiées en début d'après-midi, mais peuvent se faire à tout moment de la journée en fonction des besoins afin de garantir un accueil de qualité.

2-1-2) Préparation de l'accueil

2-1-2-1) Constitution et actualisation des documents d'admission

Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont régulièrement actualisés. Les annexes sont expliquées en amont de l'entrée.

Les directives anticipées sont abordées lors de l'admission, et doivent, si existantes, être intégrées à la GED (Gestion Électronique des Documents) le jour de l'entrée par l'adjointe administrative en charge des résidents.

La rédaction d'une procédure « intégration d'un document dans la GED » est en cours de réalisation. Le livret d'accueil a besoin d'une réactualisation (horaire de l'administration par exemple).

Il sera utile de réfléchir à des versions FALC (Facile A Lire et à Comprendre) des documents remis à l'admission.

2-1-2-2) Recueil du consentement du résident

Le consentement du résident est systématiquement recherché. En cas d'incapacité, la famille est associée à cette démarche. La personne de confiance, si elle existe, devient un interlocuteur privilégié. Les services sociaux hospitaliers permettent également, le cas échéant, de travailler en amont sur cette notion de consentement auprès du futur résident.

2-1-2-3) Désignation du référent familial et de la personne de confiance

Un référent familial est systématiquement désigné et ses coordonnées intégrées dans le logiciel de soin TITANLINK et sur le serveur, permettant un partage efficace de l'information. Cette désignation facilite les échanges entre l'établissement et la famille.

Un formulaire relatif à la personne de confiance est également remis. Une désignation n'est pas obligatoire.

Une meilleure distinction entre ces deux notions est nécessaire pour l'ensemble de l'équipe, avec un rappel prévu dans TITANLINK et une future intégration dans le logiciel qualité.

2-1-2-4) Transmission et circulation des informations

Les informations nécessaires concernant le nouveau résident sont disponibles dès le jour de l'admission. La cadre de santé transmet à chaque service les informations nécessaires via la messagerie interne.

Il convient de chercher comment séparer la préadmission de l'admission réelle dans TITANLINK afin d'avoir le message au bon moment.

Une check-list des documents à recueillir et/ou à transmettre et des actions à réaliser à chaque entrée fluidifierait la circulation des informations.

2-1-2-5) Accueil en chambre et documents remis

Un cadeau est remis systématiquement à l'arrivée d'un nouveau résident.

La carte de bienvenue est disposée dans la chambre avant l'entrée.

Un livret explicatif du fonctionnement de chaque objet et installation de la chambre, rédigé par les résidents, est à actualiser, de même qu'un plan simplifié de l'établissement.

2-1-2-6) Aménagement, personnalisation, états des lieux de la chambre

Les résidents ont la possibilité de personnaliser leur chambre. Cela contribue au bien-être du résident, et permet une meilleure adaptation grâce à la conservation de repères.

Certaines situations d'encombrement ont été relevées, pouvant poser des problèmes d'hygiène et de sécurité incendie. Les équipes doivent être informées de la nécessité de signaler ces cas à la Direction, qui pourra proposer des solutions adaptées.

Les états des lieux d'entrée et de sortie sont réalisés systématiquement. Un rappel sur la signature et la datation est à faire auprès des IDE.

2-1-3) Accueil et intégration du résident

Le livret d'accueil, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont remis au résident ou son entourage dès l'admission (le livret d'accueil peut être mis à disposition dès la phase de préadmission).

La chambre d'EHPAD est le domicile du résident, et la personne âgée doit pouvoir y vivre avec ses désirs, ses goûts et ses habitudes. L'ensemble du personnel est attentif à ces valeurs.

C'est dans cet état d'esprit qu'est réalisé l'accueil et préparé l'environnement du résident (chambre, matériel d'aide si nécessaire, décoration...).

2-1-3-1) Présentation des instances de l'établissement

La Commission des menus et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) sont présentés à chaque nouvel arrivant par l'adjointe administrative en charge des résidents. Elle présente également les contacts des représentants des résidents aux résidents et des familles aux familles (sur

autorisation de diffusion des coordonnées). Des affiches d'informations sont en place. La liste des membres du CVS est à ajouter au livret d'accueil.

L'information est également relayée via les groupes de parole organisés par l'animatrice.

2-1-3-2) Recueil des habitudes de vie

Ce recueil est systématiquement effectué par les équipes. Il est actuellement jugé trop détaillé.

Sont envisagés :

- une version synthétique, destinée aux équipes pour le jour de l'entrée,
- une version complémentaire, retravaillée, plus fournie pour les familles.

Le référent soignant assurera la coordination avec les familles.

2-1-3-3) Inventaire et sécurisation des effets personnels

Des coffres sécurisés sont disponibles dans chaque chambre et les clés conservées à l'administration. L'inventaire des effets personnels mis au coffre est intégré au dossier papier. L'adjointe administrative en charge des résidents en assure la régie.

Par mesure de sécurité, le coffre ne doit être ouvert qu'en présence de deux agents.

Pour mémoire, l'établissement est responsable de plein droit des vols commis dans ces coffres. Il ne l'est pas concernant les biens non déposés au coffre, sauf si une faute, au sens juridique, a été commise.

2-1-3-4) Projets d'Accompagnements Personnalisés (PAP)

C'est un document obligatoire depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale, il renforce le droit des usagers en imposant une démarche individualisée d'accompagnement en EHPAD. Le processus intègre :

- une évaluation des besoins et attentes du résident,
- une concertation avec le résident, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire,
- une mise en œuvre coordonnée des actions dans les plans de soins,
- un suivi régulier réactualisé par les référents.

À ce titre, les « Jeudi du PAP » ont été réorganisés depuis 2023. Il s'agit désormais d'une co-construction en équipe en fonction des attentes du résident, de ses possibilités et des ressources (cognitives, psychiques, physiques et/ou sensorielles). Le planning de conception et d'actualisation est réalisé par la cadre de santé et la psychologue. Ce sont également elles qui assurent le suivi et tiennent à jour le tableau de suivi des PAP.

Les familles des résidents sont sollicitées dès l'admission sur le recueil de données puis sur l'histoire de vie du résident. Cependant, la restitution du PAP au résident ou à la personne de confiance est à repenser. Il s'agirait ici d'éviter le côté chronophage tout en répondant aux obligations.

Le référent soignant présente les attentes du résident en équipe pluridisciplinaire. Cela permet d'adapter les prestations proposées (plan de soins, aide aux gestes de la vie courante, animation, participation à la vie de l'établissement...) aux besoins et envies réels.

Les PAP doivent être réévalués autant de fois que nécessaire en cas de changement dans l'état de santé et une fois par an au minimum.

Afin de personnaliser au plus vite l'accompagnement, l'objectif est que les PAP soient présentés dans les 3 mois suivants l'admission (la réglementation prévoyant 6 mois au maximum).

Une partie de l'équipe doit encore progresser sur l'utilisation de TITANLINK. Pour mémoire, cela induit la nécessité d'accompagner et de former les professionnels à la saisie des PAP et à leurs réactualisations dans TITANLINK. Ce besoin est couplé à la poursuite de la sensibilisation et la formation des professionnels sur l'importance des PAP. L'utilisation du module spécifique sur TITANLINK facilite la traçabilité de l'avancée de la réalisation des objectifs.

Il est également nécessaire de pouvoir vérifier plus aisément les actions du plan de soins lors des PAP. Pour ce faire, un ordinateur portable doté d'une connexion internet et de TITANLINK doit être mis à disposition en salle de transmission.

2-1-4) Droits et libertés du résident

Il est à souligner que le respect des droits et libertés du résident représente 7 des 18 « critères impératifs » de l'Évaluation selon le référentiel de la HAS (Haute Autorité de Santé).

La personne âgée accueillie en EHPAD, souvent vulnérable, a besoin d'être aidée et orientée. La relation soignant / résident doit se développer dans la confiance et le respect mutuel. Cette

notion de respect est réaffirmée dans les valeurs de l'établissement, tout comme la dignité de la personne humaine et le prendre soin de la personne dans son intégralité.

En ce sens, l'établissement entend déployer à l'avenir, dans les limites de ses possibilités, la communication alternative et améliorée (CAA), qui regroupe un ensemble de stratégies et d'outils destinés à compenser des déficiences de la communication orale et écrite. Le terme « alternative » fait référence aux solutions de communication autres que le langage oral. Ces moyens permettent aux personnes qui n'ont pas l'usage de la parole de communiquer différemment. Le terme « améliorée » se rapporte aux solutions de communication qui complètent / améliorent la parole des personnes qui ne parviennent pas à se faire comprendre, afin de rendre leur message plus compréhensible.

Ce respect des droits de la personne accueillie se doit non seulement d'être affirmé mais il faut aussi le faire vivre par une sensibilisation, une concertation, un dialogue et une réflexion en équipe pluridisciplinaire autour des situations rencontrées.

Par ailleurs, l'établissement respecte les principes RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), notamment en limitant les données recueillies auprès des résidents aux besoins réels liés à l'accompagnement.

2-1-4-1) Charte des droits et libertés de la personne accueillie

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée et connue des équipes. Elle est intégrée au contrat de séjour et au règlement de fonctionnement. Elle comprend :

- Le droit à la non-discrimination (être respecté et ne pas être traité différemment à cause de l'origine, du handicap, de l'âge, de la religion, des opinions ou du mode de vie),
- Le droit à une prise en charge adaptée (accompagnement ajusté aux besoins de la personne et réévalué régulièrement),
- Le droit à l'information (recevoir et comprendre les informations importantes et pouvoir consulter les documents qui la concernent),
- Le droit de choisir et de participer (donner son avis et participer aux décisions ; un représentant peut décider si la personne ne peut pas le faire seule),
- Le droit de changer ou d'arrêter l'accompagnement (possibilité de demander des modifications ou d'interrompre l'aide selon certaines règles),
- Le droit de maintenir les relations familiales (garder des liens avec la famille et les proches),

- Le droit à la protection et à la sécurité (protection de la santé, sécurité et confidentialité des informations),
- Le droit à l'autonomie (être encouragé à faire seul et à participer à la vie sociale),
- Le droit à la prévention et au soutien (prévenir les difficultés et accompagner la personne et sa famille),
- L'accès aux droits civiques (conserver ses droits de citoyen comme voter),
- La liberté de religion (pratiquer sa religion ou ne pas en avoir dans le respect des autres),
- Le respect de la dignité et de l'intimité (respect de la vie privée, de la personne et de ses relations).

2-1-4-2) Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de dépendance

La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de dépendance est également au cœur du fonctionnement de l'établissement. Elle aborde :

- Le choix de vie (les résidents restent libres de faire leurs choix et de décider de leurs modes de vie),
- Le cadre de vie (ils doivent pouvoir choisir un lieu de vie adapté à leurs besoins et attentes),
- La vie sociale et culturelle (ils gardent la liberté de communiquer, se déplacer et participer à la vie sociale),
- La présence et le rôle des proches (les relations avec la famille, les amis et le réseau social doivent être maintenues),
- Le patrimoine et les revenus (ils doivent pouvoir garder la maîtrise de leur argent et de leurs biens),
- La valorisation de l'activité (ils sont encouragés à continuer des activités et à rester actifs),
- La liberté d'expression et de conscience (possibilité d'exprimer ses opinions et de pratiquer ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques),
- La préservation de l'autonomie (prévenir la perte d'autonomie et maintenir les capacités de la personne),
- L'accès aux soins (accès aux soins, aux conseils et aux aides nécessaires pour compenser la dépendance),
- La qualification des intervenants (les professionnels doivent être formés et en nombre suffisant),
- Le respect de la fin de vie (ils doivent être accompagnés avec dignité et soutenue avec leur famille),
- La recherche (développer la recherche sur le vieillissement et les handicaps liés à l'âge),

- L'exercice des droits et protection juridique (la personne vulnérable doit être protégée dans ses droits, ses biens et sa personne),
- L'information (l'accès à l'information permet de mieux connaître ses droits et lutter contre l'exclusion).

2-1-4-3) Liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir en EHPAD est un droit fondamental des résidents. Elle signifie que la personne âgée peut se déplacer librement dans l'établissement et sortir à l'extérieur si elle le souhaite. Cependant, cette liberté peut parfois être aménagée ou limitée pour des raisons de sécurité, par exemple en cas de troubles cognitifs ou de risques de chute. Dans ce cas, les professionnels doivent trouver, dans le cadre d'une réflexion éthique un équilibre entre la sécurité et le respect de la liberté, en privilégiant toujours le respect de la dignité et de l'autonomie de la personne.

2-1-4-4) Droit à l'image

Le droit à l'image correspond au droit de chaque résident de contrôler l'utilisation de son image. Toute photographie, vidéo ou diffusion montrant un résident ne peut être réalisée ou utilisée sans son consentement préalable, ou celui de son représentant légal si la personne n'est pas en capacité de l'exprimer. Ce principe vise à protéger la vie privée, la dignité et l'intégrité des personnes âgées. Ainsi, les professionnels, les familles ou les intervenants extérieurs doivent demander une autorisation avant de prendre ou de publier des images, notamment sur les réseaux sociaux, les supports de communication de l'établissement ou lors d'activités. Le respect du droit à l'image fait partie des règles éthiques et juridiques qui garantissent les droits fondamentaux des résidents en EHPAD.

Le consentement au droit à l'image est recueilli lors de l'admission. Il est décidé à compter de janvier 2026 de le réactualiser chaque année.

2-1-4-5) Droit de recevoir des visites

Le droit pour les résidents des établissements sociaux et médico-sociaux de recevoir des proches repose sur plusieurs principes fondamentaux, notamment ceux relatifs au respect de la vie privée et aux libertés individuelles. La loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la

société du bien vieillir et de l'autonomie a consacré explicitement ce droit dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (article L.311-5-2).

Désormais, les établissements doivent garantir aux personnes accueillies le droit de recevoir chaque jour les visiteurs de leur choix, sans que ces visites soient soumises à une information préalable de l'établissement, sauf si le résident en exprime lui-même le souhait. Ce droit s'inscrit dans le respect de la vie privée et de l'autonomie des résidents et contribue à prévenir leur isolement.

Au sein de l'EHPAD, les visites peuvent avoir lieu en dehors des horaires administratifs de l'établissement, y compris les week-ends ou pendant certains moments de la vie quotidienne, tels que les repas ou les soins, sous réserve de respecter l'organisation et le bien-être des personnes.

Le droit de visite repose avant tout sur la volonté du résident, qui peut accepter ou refuser toute visite, y compris de la part de membres de sa famille, sans avoir à se justifier.

Des restrictions ne peuvent être décidées par la direction de l'établissement qu'à titre exceptionnel, lorsqu'une visite constitue une menace pour l'ordre public ou pour la santé et la sécurité du résident, des autres résidents ou des professionnels. Ces restrictions doivent être nécessaires, proportionnées et limitées dans le temps, et les personnes concernées doivent en être informées.

L'établissement veille à présenter à chaque résident ce droit lors de la conclusion du contrat de séjour et en précise les modalités dans le règlement de fonctionnement, dans le respect de la législation en vigueur.

2-1-4-6) Pratique et respect des cultes

Une salle de culte multiconfessionnelle est disponible. Actuellement, une messe catholique mensuelle est proposée à la demande des résidents. Il n'y a pour le moment pas de souhait des personnes accompagnées d'organiser d'autres cérémonies religieuses.

À l'admission, les coordonnées des représentants des cultes (catholique, juif, protestant, musulman, évangélique et bouddhiste) sont communiquées au résident.

2-1-4-7) Protection juridique et accompagnement

Le suivi des mesures de protection est satisfaisant. L'animatrice assure le lien avec les mandataires judiciaires pour les besoins du quotidien.

Le repérage des situations à risque constitue une étape essentielle pouvant conduire au déclenchement d'une mesure de protection. Des signes tels que la dégradation des capacités

cognitives, la perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, la vulnérabilité face aux abus ou encore des difficultés de gestion administrative et financière peuvent alerter.

Lorsque ces éléments mettent en évidence une incapacité à protéger ses intérêts, un signalement peut être effectué auprès des autorités compétentes. Ce repérage rigoureux permet ainsi d'évaluer la nécessité d'une mesure de protection juridique, comme une sauvegarde de justice, une curatelle ou une tutelle, dans le but de garantir la sécurité et le respect des droits de la personne âgée.

L'établissement dispose d'un préposé d'établissement (mandataire judiciaire à la protection des majeurs) via le GCSMS O'Vézère.

2-1-4-8) Médiation à la consommation

La médiation à la consommation en EHPAD s'inscrit strictement dans le cadre du droit de la consommation et concerne les litiges entre le résident (ou sa famille) en tant que consommateur et l'établissement en tant que professionnel. Elle permet, conformément aux dispositions du Code de la consommation, de faire appel à un médiateur indépendant et impartial lorsque survient un différend lié, par exemple, à la facturation, aux prestations d'hébergement ou aux services inclus dans le contrat de séjour. Ce recours est gratuit pour le consommateur et vise à trouver une solution amiable, rapide et équitable, sans engager de procédure judiciaire.

L'établissement dispose à ce titre d'une convention avec l'organisme AME. Cette information est mentionnée dans le Règlement de fonctionnement.

2-1-4-9) Exercice des droits civiques

Les résidents sont informés des échéances électorales et peuvent voter par procuration avec le concours de l'animatrice et de la gendarmerie. Un relais avec la mairie est envisagé à l'admission pour faciliter ces démarches.

Les familles sont sollicitées pour amener les résidents voter ou pour préparer les procurations.

L'établissement détache systématiquement un agent pour accompagner les résidents aux bureaux de vote d'Allasac, lorsqu'ils n'ont pas pu être conduits par leur famille et n'ont pas souhaité voter par procuration.

2-1-4-10) Recueil des réclamations et enquêtes de satisfaction

Des enquêtes de satisfaction à destination des résidents et des familles sont réalisées annuellement. Elles donnent lieu à la production d'une synthèse présentée en Conseil de Vie Sociale (et dans les autres instances), puis adressée par mail aux familles.

Le document de réclamations reste méconnu des équipes et nécessite une meilleure communication interne. Les axes d'améliorations prévues autour de ce document sont abordés en Projet Qualité.

2-1-4-11) Conseil de la Vie Sociale

La composition du CVS est réglementaire. Les représentants des résidents, des familles et des personnels sont élus pour 3 ans. Depuis plusieurs années, quatre réunions annuelles sont organisées (la loi en prévoit au moins trois par an). Les ordres du jour sont complets et très structurés.

Actuellement, un point d'information annuel pour les familles est animé par le vice-président du CVS (représentant des familles).

2-1-4-12) Respect de la dignité et de l'intimité des résidents

Les résidents disposent d'un accès libre à leur chambre et peuvent en détenir la clé si leur état de santé le permet.

Le personnel frappe systématiquement avant d'entrer et respecte l'intimité des résidents.

De nombreux personnels ont suivi des formations relatives à la sexualité des personnes âgées. Le respect de ce droit est bien ancré dans les habitudes de la structure.

Un salon de coiffure est situé à l'accueil de l'établissement. Les résidents peuvent choisir entre les coiffeuses avec lesquelles l'établissement a signé une convention. Si ces derniers désirent avoir une coiffeuse différente, il conviendra alors de signer une nouvelle convention avec cette professionnelle. Les tarifs appliqués sont affichés au niveau du salon de coiffure.

2-1-5) Gestion des décès et accompagnement des familles

Sans refus préalable du résident, l'annonce des décès est affichée au rez-de-chaussée et à l'étage. Le carnet de condoléances proposé, trop volumineux, va être réduit.

L'établissement ne dispose pas de reposoir. Les corps des défunts sont conservés en chambre, avant transfert en funérarium.

Les familles ont la possibilité d'être accompagnées par la psychologue sur un temps adapté. Au-delà, elles sont orientées vers un(e) psychologue libéral(e).

Dans la mesure du possible, l'animatrice et/ou tout agent volontaire peut accompagner les résidents lorsque les obsèques ont lieu sur la commune. L'établissement propose également aux résidents qui le souhaitent d'aller se recueillir dans la chambre du défunt.

La pratique de la carte de condoléances adressée au référent familial a été remise en vigueur.

2-2) La restauration

La cuisine, en liaison chaude le midi et froide le soir, est installée au rez-de-chaussée du bâtiment.

L'équipe se compose de 4 cuisiniers formés à la méthode HACCP, ce qui garantit la sécurité alimentaire depuis la réception des produits dans la cuisine jusque dans l'assiette du consommateur. En outre, un Plan de Maitrise Sanitaire est mis en place.

L'organisation et le fonctionnement de ce service reposent sur des fiches de postes et des plannings détaillés. Le Chef Cuisine élabore les menus en tenant compte des textures (ordinaire, mixée, hachée, manger-main), goûts et habitudes des résidents. Ces derniers sont ensuite transmis pour avis d'un diététicien du réseau CERENUT.

La fabrication « maison » des textures modifiées permet d'offrir le même repas à tous les résidents.

Une attention particulière est apportée à la présentation des plats, pour qu'elle soit harmonieuse, esthétique et suscite l'envie.

2-2-1) Préparation des repas

2-2-1-1) Élaboration des repas

La commission des menus se réunit quatre fois par an (du fait d'un plan alimentaire sur 4 saisons afin de proposer les fruits et légumes de saison), avec une participation croissante des résidents. Les échanges permettent de recueillir leurs remarques concernant la diversité et la manière de cuisiner les plats. L'animatrice veille à faire remonter en commission les observations des résidents qui n'y participent pas, assurant ainsi une bonne circulation de l'information. Il sera demandé à une ASH et à un aide-soignant de participer à la commission des menus afin de transmettre le ressenti général des résidents. Une référente nutrition IDE participe également aux commissions des menus.

Cependant, il a été souligné que l'organisation interne de la transmission des informations doit être clarifiée afin de garantir une diffusion homogène auprès des équipes. Il est également proposé de fixer la date de la prochaine commission dès la clôture de la réunion en cours, pour faciliter la planification.

Certains résidents estimant que peu de changements sont visibles, il conviendrait que les comptes rendus de commissions mettent davantage en avant les actions réalisées à la suite de leurs remarques.

2-2-1-2) Menus spéciaux et saisonniers

La diversité des menus proposés est jugée satisfaisante grâce au plan alimentaire.

Des menus spécifiques sont établis les jours de fête.

Une adaptation est aussi effectuée en situation de canicule. Notamment, des assiettes froides sont servies une fois par semaine. Il est toutefois suggéré de formaliser ces pratiques en rédigeant et en affichant les menus pour les assiettes froides, même s'ils restent élaborés au jour le jour.

2-2-1-3) Choix et validation des produits

L'équipe de restauration s'attache à privilégier des produits frais, des viandes d'origine française et des fromages de qualité, tout en poursuivant une amélioration continue dans l'approvisionnement biologique et labélisé, conformément à la loi Egalim.

En outre, l'établissement travaille sur le développement des circuits courts avec des achats locaux.

L'établissement a intégré depuis 2023 le marché alimentaire des EHPAD du Nord-Dordogne (comprenant deux établissements corréziens). Dans ce cadre, les commandes sont passées sur le logiciel Solurest, dont le concepteur intervient également en médiation en cas de difficultés avec un fournisseur.

2-2-1-4) Communication et affichage

Actuellement, les menus sont affichés dans les salles de restaurant au rez-de-chaussée et à l'étage, et annoncés table par table par l'animatrice avant chaque repas. Afin d'améliorer la compréhension des résidents, il est proposé d'indiquer clairement les changements par rapport au menu initial, notamment au moyen d'un code couleur.

Il s'avère que certains résidents aimeraient disposer du menu en chambre. Quelques familles souhaitent aussi les recevoir.

Aussi, l'animatrice se chargera d'éditer des menus pour les résidents le demandant. Pour les familles, le plan saisonnier des menus sera dorénavant adressé, après passage en Commission des menus, par mail aux familles par l'adjoint administratif en charge des résidents / familles.

2-2-1-5) Individualisation des repas

Un recueil des goûts et dégoûts des résidents est réalisé à leur arrivée, permettant une meilleure adaptation des repas (plat de remplacement en cas de dégoût). Néanmoins, il a été observé que les ASH ne transmettent pas systématiquement les dégoûts constatés lors du service. Ce point doit être amélioré.

Ces informations devraient figurer dans les transmissions pour être exploitées par les cuisines. Il est également nécessaire d'harmoniser les fiches de suivi entre les services et la cuisine. Une formation TITANLINK a été suivie par les équipes afin d'améliorer cette coordination.

2-2-1-6) Suivi des textures

Le suivi des textures est correctement assuré. Une formation spécifique sur les textures modifiées a été suivie par le Chef Cuisine.

Il conviendra de renforcer la vigilance du personnel sur la remontée des difficultés à la déglutition et des toux observées, afin d'assurer une meilleure adaptation des textures.

En ce sens, l'équipe Cuisine propose du manger-main⁸. En simplifiant l'action de manger et en rendant facultatif le recours à des couverts, le manger-main apparaît comme une solution permettant de préserver l'autonomie du résident/patient, pour qui l'aide d'un tiers durant le repas ne sera plus nécessairement aussi soutenue. Cette autonomie retrouvée est bénéfique tant pour la personne âgée, qui peut manger à son rythme et selon ses envies, que pour le personnel de l'EHPAD, qui peut se rendre disponible pour d'autres tâches.

L'utilisation systématique de la tablette TITANLINK pour le suivi des petits déjeuners et goûters devra être consolidée.

2-2-1-7) Procédures et traçabilité

Les procédures et fiches de traçabilité sont à jour, et permettent de garantir la sécurité alimentaire, conformément aux règles HACCP.

Par ailleurs, il pourrait être à l'avenir envisagé de doter les cuisines de tablettes équipées d'un logiciel de traçabilité, afin d'harmoniser la saisie et le suivi des données.

2-2-2) Prise des repas

L'établissement tient compte des aspects conviviaux des repas afin d'en faire des temps forts de la journée, tout en veillant au bien-être des convives. Une attention particulière est portée à l'aspect visuel. En outre, les jours de fête, un apéritif est proposé aux résidents.

Pour stimuler l'appétit et une prise en charge adaptée, un espace de la salle à manger est réservé aux résidents nécessitant des besoins spécifiques pour améliorer l'aide aux repas.

L'établissement privilégie l'instant repas en salle à manger, sauf demande particulière d'un résident et en cas de fin de vie ou de maladie. Les petits-déjeuners sont distribués en chambre.

⁸ Le concept de "manger-main" (en anglais : « finger food » ou FIFO) a été développé au début des années 2000 en Suisse pour encourager le maintien d'une alimentation autonome dans les services de gériatrie. C'est désormais un mode d'alimentation largement recommandé par les diététiciens et adopté par un nombre croissant d'établissements spécialisés dans l'accueil de personnes âgées et/ou souffrant de troubles cognitifs.

2-2-2-1) Horaires des repas

Les horaires et durées des repas sont bien définis : petit déjeuner à compter de 7h30, déjeuner de 12h à 13h15, goûter de 15h30 à 16h15, dîner de 18h à 19h10 et proposition de collation de nuit. Ces horaires sont susceptibles d'être modifiés.

Toutefois, il a été relevé qu'il arrivait parfois que les repas du midi débutent trop tard, et le goûter trop tôt. Un rappel sera effectué auprès des équipes pour garantir le respect des horaires fixés. À ce titre, l'ensemble des fiches de poste des professionnels concernés doit être réactualisé afin de mieux préciser les responsabilités de chacun.

2-2-2-2) Lieux des repas

La prise de repas en salle est encouragée, sauf contre-indication médicale ou situation épidémique. Les cuisiniers assurent le service du midi en semaine, tandis que les ASH prennent le relais le soir et les week-ends. Les proches des résidents peuvent venir manger sur place sur réservation 48h à l'avance.

La salle à manger du haut, jugée trop exiguë, a été réaménagée, mais l'acquisition d'une table centrale supplémentaire est souhaitable. Actuellement, deux résidents de l'étage nécessitant une aide accrue pour la prise des repas descendent pour chaque repas dans la salle thérapeutique.

L'aménagement de la terrasse est également envisagé afin de permettre la prise de repas ponctuelle pour quelques résidents à l'extérieur lorsque les conditions le permettent.

2-2-2-3) Gaspillage alimentaire et développement durable

Les quantités retournées en cuisine doivent faire l'objet d'une pesée et d'une traçabilité.

Un composteur, géré par les cuisiniers, a été installé mais son utilisation s'est interrompue le soir. Il est souhaité une relance de cette démarche par une note de service et une sensibilisation des équipes au tri et à la réduction du gaspillage alimentaire.

2-2-2-4) Moments conviviaux et échanges

Les pâtisseries et viennoiseries sont proposées chaque dimanche et jour férié.

Il est important de développer ces prochaines années les goûters et les desserts faits-maison, pour répondre à un souhait de nombreux résidents.

Il a été noté que peu d'ASH font des retours de service ; un rappel collectif sera fait afin d'encourager une meilleure communication. Le passage des cuisiniers en fin de service est apprécié et doit être maintenu autant que possible pour favoriser le lien avec les résidents.

2-3) Les autres prestations hôtelières

2-3-1) Entretien du linge

La fonction linge revêt une dimension particulière pour les personnes âgées car elle contribue au maintien et à la valorisation de l'image de soi.

L'EHPAD ne disposant pas d'une blanchisserie interne, l'entretien du linge est sous-traité par marché public.

La blanchisserie retenue répond à la démarche RABC et permet de traiter, outre tout le linge plat, le linge des résidents et les tenues du personnel.

Les différents containers (linge sale) et les armoires de dotation (linge propre), ainsi que les chariots individualisés pour le linge personnel des usagers font l'objet de rotations régulières.

Une enquête annuelle en direction des usagers interroge entre autres la satisfaction relative à ce service. Sur le plan organisationnel et du respect des règles d'hygiène, les protocoles relatifs aux circuits du linge propre et sale sont formalisés.

2-3-1-1) Heures de passage du prestataire

Le prestataire passe récupérer le linge à 11h les lundi, mercredi et vendredi. Les équipes respectent l'organisation en sortant le linge à 10h30. Une transmission est effectuée en systématique pour rappel aux équipes.

Cependant, l'horaire de passage est jugé un peu précoce et devrait être ajusté lors du prochain marché public, afin de mieux correspondre au rythme réel des unités.

2-3-1-2) Les stocks de linge

Le réassort annuel permet d'assurer un niveau suffisant de linge plat et hôtelier, mais le suivi du stock demeure insuffisamment structuré. Une réorganisation est nécessaire, notamment à travers la mise en place d'une fiche de traçabilité en lingerie permettant d'enregistrer les linges jetés (date, type, nombre).

2-3-1-3) Remontées d'informations

Les transmissions par mail au prestataire, accompagnées au besoin de photos, permettent une communication efficace. En témoigne une amélioration notable de la qualité du repassage.

2-3-1-4) Inventaire des armoires

Les agents restent attentifs à l'adaptation saisonnière des vêtements (chaud/froid) pour les résidents qui en ont besoin. Cependant, davantage d'attention doit être portée à l'identification des vêtements qui ne conviennent plus, afin de les mettre de côté et d'en informer les familles.

2-3-1-5) Linge non identifié

Une caisse dédiée est prévue pour rassembler le linge non identifié. Ce système facilite les recherches de la référente du linge même si des efforts restent nécessaires pour réduire la quantité de linge retrouvé sans identification.

2-3-1-6) Marchands de vêtements adaptés

Des sociétés de ventes de vêtements pour seniors se déplacent deux fois par an, ce qui offre une solution pratique pour le renouvellement des tenues des résidents.

2-3-1-7) Badgeage du linge

Le badgeage est principalement assuré par la référente linge. Trois agents sont formés au badgeage afin de pallier les absences.

Afin de ne pas mélanger les différents linges, l'établissement met à disposition une caisse pour le linge perdu et une caisse pour le linge à badger. Il faut que les équipes aillent directement y déposer le linge.

2-3-2) Hygiène des locaux

2-3-2-1) Réactualisation des protocoles et organisation

Les protocoles d'hygiène ont été actualisés suite à une réunion d'équipe en décembre 2025.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de renforcer la formation des nouveaux agents, notamment concernant l'utilisation du lave-bassin. Une formation plus spécifique sur la gestion des épisodes épidémiques, qui pourrait être pilotée par l'Équipe Mobile d'Hygiène, est également souhaitée, avec la création d'un protocole adapté.

2-3-2-2) Évolution des produits

Les produits pour lave-vaisselle ont récemment été renouvelés, tout comme les distributeurs de savon et de papier dans les offices et locaux des ASH, ce qui contribue à une amélioration de l'hygiène quotidienne.

Depuis 2025, le passage à des sacs (« bee-bags ») plus souples, plus légers et recyclables a permis de réduire les risques de troubles musculosquelettiques (TMS), apportant un réel bénéfice ergonomique pour les agents.

De plus en plus, l'établissement s'oriente vers des produits d'entretien éco-labellisés. Cette évolution entre également dans la politique de développement durable de la structure.

2-3-2-3) Module TITAN Hygiène

L'acquisition du module TITAN Hygiène, associée à une fiche de traçabilité, reste à l'étude. Il conviendra de vérifier sa pertinence afin d'obtenir une vision plus complète et centralisée du suivi hygiénique. Pour l'instant, la traçabilité de l'hygiène au quotidien est réalisée sur TITANLINK.

2-3-3) Maintenance des locaux

L'établissement est classé ERP de type J, 4^{ème} catégorie. Il dispose d'un système de détection incendie adapté et le personnel est formé très régulièrement à l'utilisation des extincteurs, de la centrale incendie et à l'évacuation des locaux.

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

L'agent d'entretien répond aux demandes d'entretien et de réparation des locaux. À compter du 2nd semestre 2026, les demandes d'intervention se feront par la fiche d'incident technique du logiciel Qualineo (Cf Projet Qualité).

2-3-3-1) Climatisation

L'établissement dispose d'un groupe d'eau glacée pour les salles communes, et de splits muraux dans les couloirs et les bureaux, ce qui permet d'assurer un confort thermique très satisfaisant dans la majorité des espaces. Une maintenance annuelle est réalisée, garantissant le bon fonctionnement général des équipements.

Toutefois, cette maintenance peut manquer d'anticipation, ce qui peut retarder la mise en service en période sensible. Par ailleurs, toutes les installations ne sont pas immédiatement opérationnelles après la maintenance.

Les IDE, seules autorisées à régler les températures en l'absence de l'agent technique, ne disposent pas des connaissances nécessaires pour ajuster les réglages, ce qui limite la réactivité face aux variations rapides de température. L'absence de supports écrits (manuel d'utilisation, consignes de température, recommandations pendant les repas) accentue cette difficulté. Il conviendra de rédiger un protocole à cet effet.

2-3-3-2) Chauffage

Le chauffage général (au gaz), complété par des chauffages électriques dans les salles de bain, contribue au confort des résidents.

Le suivi et le nettoyage sont assurés par l'agent technique. La maintenance annuelle est actuellement assurée par la société Engie.

Néanmoins, des dysfonctionnements récurrents apparaissent chaque année au démarrage de la saison de chauffe, certains radiateurs ne se lançant pas correctement.

Des radiateurs d'appoint permettraient de limiter l'impact de ces défaillances temporaires.

2-3-3-3) Réseau d'eau chaude sanitaire

Le réseau d'eau chaude sanitaire fait l'objet d'une maintenance et d'un contrôle permanent des températures.

Malgré des adaptations réalisées suite à expertise (changement de pompe et de clapets anti-retour), certaines températures peuvent être quelque peu inférieures aux recommandations. Aussi, un bureau d'études a élaboré un nouveau synoptique visant à améliorer l'équilibrage du réseau par la suppression de certaines boucles inutiles. L'expert ayant validé cette solution, les travaux correspondants seront réalisés courant 2026.

2-3-3-4) Potabilité de l'eau

La potabilité de l'eau de l'établissement est contrôlée deux fois par an par une société spécialisée.

2-3-3-5) Groupe électrogène

Le groupe électrogène présente une puissance suffisante pour répondre à tous les besoins de l'établissement en cas de coupure électrique.

En revanche, certaines zones peuvent disjoncter lors de la bascule, nécessitant une remise en route manuelle. Les procédures associées restent peu connues du personnel, et les rôles et responsabilités ne sont pas clairement définis, ce qui constitue un risque en situation d'urgence.

Aussi, une formation « Habilitation électrique BS BE Manœuvre » va être organisée pour l'encadrement et les infirmières, afin de leur permettre de procéder au réarmement des disjoncteurs en l'absence de l'agent technique.

2-3-3-6) Tableau Général Basse Tension

Les équipements de protection individuelle nécessaires aux interventions sont disponibles dans le local TGBT. Toutefois, leur emplacement n'est pas toujours adapté, ce qui peut retarder une intervention.

2-3-3-7) Luminaires de chambre

Les chambres disposent d'un éclairage fonctionnel, notamment au niveau des têtes de lit. Néanmoins, certaines lumières sont jugées trop intenses et insuffisamment adaptées à l'environnement des résidents, tandis que l'éclairage des salles de bain apparaît plus modéré.

L'établissement a entamé depuis plusieurs années un passage progressif au « Tout LED ».

2-3-3-8) Veilleuses

La demande de veilleuses dans les chambres, pour les résidents n'en ayant pas, est ancienne et régulièrement exprimée.

Des tests sont en cours avec différents modèles, en lien avec les agents de nuit et l'ergothérapeute. Le(s) modèle(s) retenu(s) pourra(ont) être conseillé(s) aux familles.

2-3-3-9) Réfection des offices

Les offices sont identifiés comme des espaces nécessitant une réhabilitation.

Une réfection a été effectuée pour l'office de l'étage en février 2026. Les travaux pour l'office du rez-de-chaussée auront lieu dans le courant de l'année 2026.

Cet aménagement permet de disposer d'un équipement plus solide, professionnel, et durable.

2-3-3-10) Réaménagement de la salle de soins

Une réflexion globale est engagée afin d'améliorer l'aménagement de la salle de soins. L'espace souffre actuellement d'un manque d'ergonomie, d'un encombrement excessif et de l'absence de mobilier réellement adapté.

Des modifications importantes sont envisagées (mobilier, paillasse, revêtements). Le projet de réaménagement pourrait être soumis à la validation de l'équipe mobile d'hygiène.

2-3-3-11) Local de stockage du matériel médical

La nécessité de réorganiser les espaces de stockage est clairement identifiée. Les locaux sont encombrés et nécessitent un tri approfondi, notamment dans le local attenant au garage. Cette situation complique l'accès au matériel et nuit à la lisibilité des stocks.

La problématique du manque d'espace de stockage sera, sans doute en grande partie, résolue par l'ajout d'une salle de stockage lors de la réhabilitation de la Grange.

2-3-3-12) Portails d'entrée et de sortie

Le portail d'entrée fonctionne de manière satisfaisante. En revanche, le portail de sortie présente des dysfonctionnements. En cas d'impossibilité de réparation, une autre solution technique devra être étudiée.

2-3-3-13) Travaux d'étanchéité

Plusieurs infiltrations d'eau ont été identifiées dans différents secteurs de l'établissement, dont la cuisine. Les zones prioritaires sont connues et une reprise est en cours.

2-3-3-14) Grange

La Grange est un bâtiment annexe de l'établissement. Des travaux y ont été effectués au milieu des années 2010 avant d'être interrompus à la demande du Département, notamment pour défaut de présentation de Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI). Seul le gros-œuvre a été réalisé.

Le projet de reprise des travaux pour la Grange prévoit un nouvel atelier technique, des bureaux, des salles de formation, de stockage et d'archivage, autant d'espaces indispensables pour l'établissement. Est également prévu un studio que l'EHPAD mettrait à disposition des familles venant de loin ou de stagiaires.

Dans ce cadre, un PPI sera proposé aux instances en juin 2026. Sous réserve de sa validation par le Conseil Départemental, il est attendu des travaux en 2027 pour une mise en service avant le 1^{er} janvier 2028.

2-3-3-15) Parc automobile

L'EHPAD dispose actuellement de deux véhicules en contrat de location. Leur renouvellement devra tenir compte des usages spécifiques identifiés, notamment pour les formations et le transport de personnes à mobilité réduite.

L'acquisition d'une remorque est également à étudier afin de faciliter les évacuations à la déchetterie.

Est envisagé de s'équiper d'un minibus TPMR, sous réserve de subventions (Cf Projet d'Animation).

Le SSIAD fonctionne avec 4 véhicules en location, dont 3 sont électriques.

2-3-3-16) Signalétique et stationnement

Les besoins en matière de signalétique et de stationnement sont identifiés.

L'établissement dispose d'un parking privatif, mais de taille modeste.

Le marquage au sol est incomplet et l'absence de stationnement dédié aux deux-roues constitue un manque.

Les poubelles entreposées sur le quai de livraison ne doivent pas être accolées au bâtiment, pour des raisons de sécurité incendie, et devront être positionnées à distance.

2-3-3-17) Gestion des déchets

Les filières de tri sont connues et diversifiées. Toutefois, l'organisation du circuit des déchets est perfectible : les consignes ne sont pas toujours appliquées, le local poubelle est encombré et insuffisamment entretenu, ce qui nuit à l'efficacité globale du dispositif.

Certains déchets alimentaires sont recyclés via un composteur. L'équipe Cuisine et l'agent technique sont sensibilisés à l'utilisation de ce dernier.

Les poubelles doivent impérativement être sorties le jeudi soir, même lorsque le container n'est pas pleinement rempli.

La consigne est de ne garder dans le local poubelle que les grands containers marrons et un grand container jaune, les autres demeurant à l'extérieur.

2-3-3-18) Espaces verts

Les espaces verts sont entretenus au quotidien par l'agent technique. Les grandes tontes biannuelles et la taille des arbres sont assurées en contrat par un ESAT local.

2-3-4) Sécurité incendie

2-3-4-1) Formation du personnel

Des formations annuelles sont délivrées par un organisme extérieur. Cette formation aborde la manipulation d'extincteurs, l'évacuation d'urgence et le SSI.

Par ailleurs, une présentation du dispositif de sécurité incendie de l'établissement doit être réalisée par l'agent technique auprès des nouveaux agents. Pour ce faire, il convient que le service RH avertisse l'agent technique lorsque de nouveaux agents ont été recrutés.

2-3-4-2) Plan d'évacuation

Les plans d'évacuation sont affichés à l'entrée de l'établissement et à l'étage. Leur appropriation par l'ensemble du personnel pourrait néanmoins être renforcée.

2-3-4-3) Asservissement des issues de secours

À présent, suite à des travaux sollicités par la Commission de sécurité, toutes les issues de secours de l'établissement accessibles pour les résidents sont asservies au SSI. Elles se déverrouillent donc automatiquement lors d'un déclenchement d'alarme incendie, permettant une évacuation facilitée.

2-3-4-4) Espaces fumeurs

Fumer comme vapoter sont interdits dans l'établissement.

Plusieurs espaces fumeurs en extérieur sont identifiés et répartis sur le site. L'équipe ASH est en charge de vider les cendriers.

LE PROJET DE SOINS

Cette partie relative au Projet de Soins est construite en deux sections :

- La première explicite la démarche suivie pour la conception du projet ;
- La seconde permet la présentation des conclusions du groupe de travail.

1) MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

1-1) Le groupe de travail

Ont participé au groupe de travail « Projet de Soins », animé par Mme MOGEDA, Cadre de santé, les agents suivants :

Prénom NOM	Fonction
M. Vincent BARON	Chef cuisinier
Mme Alexia BERNA	Agent des Services Hospitalier
Mme Lucile CHAUMET	Ergothérapeute
Mme Bernadette CHOUZENOUX	Aide-Soignante de nuit
Mme Élisabeth DEBERNARD	Infirmière
Mme Annette FAUCHER	Aide-Soignante
Mme Amandine GRARD	Psychologue
Mme Yasmina JARRAY	Aide-Soignante
Mme Céline MADUPUY	Infirmière
Mme Leslie MOGEDA	Cadre de santé
M. Sébastien MOHAMED	Aide-Soignant du SSIAD
Dr Delphine TALAYRACH	Médecin coordonnateur
Mme Ana Bela TAVEIRA HIPOLITO	Accompagnante Éducative et Social

1-2) Réunions et thèmes abordés

Le groupe de travail « Projet de Soins » s'est réuni six fois.

Le tableau ci-dessous indique les dates de réunions du groupe « Projet de Soins » et les thèmes traités :

Date de réunion	Thèmes traités
Jeudi 25 septembre 2025	<p>La séance a débuté par une présentation générale du Projet d'Établissement et un rappel du cadre règlementaire. S'en est suivie une présentation du rôle de pilote et de la démarche collective.</p> <p>Par la suite, les membres du groupe sont venus compléter le SWOT existant. Sont ressortis en « Force » :</p> <ul style="list-style-type: none">- Les agents ont le matériel qu'il convient pour assurer leur travail,- La bienveillance et la bienveillance des soignants envers les résidents,- La réalisation des dossiers dormants,- L'accueil des étudiants,- Les animations. <p>Pour ce qui est des faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le protocole « décès la nuit » est jugé incomplet,- L'absence de table réfrigérée funéraire,- Les soins apportés aux personnes décédées sont à revoir,- L'utilisation de TITANLINK et des tablettes,- Les agents ne sont pas assez formés sur l'incontinence. <p>Les axes prioritaires du Projet de Soins ont été identifiés. Il s'agit des soins palliatifs, de l'Humanitude / Montessori en EHPAD, de la gestion de l'incontinence et de l'utilisation du logiciel TITANLINK.</p> <p>Un point sur l'organisation du travail a été effectué, précisant la répartition des rôles de chacun.</p> <p>Il est acté que le PAP sera traité en Projet de Vie.</p>
Jeudi 9 octobre 2025	<p>Cette deuxième réunion a principalement porté sur l'accompagnement des résidents en soins palliatifs, avec comme objectif d'identifier les axes d'amélioration à partir du travail d'une infirmière et des recommandations de l'ANESM/HAS.</p>

Le volet sur l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) a été reporté à la prochaine séance.

1. Directives anticipées

Pratiques actuelles :

- Présentation du document lors de l'admission.
- Entretien individuel avec la psychologue pour recueil ou aide à la rédaction.
- Conservation dans le dossier papier et mention dans le logiciel de soins.

Axes d'amélioration :

- Intégrer systématiquement les directives anticipées (DA) dans le logiciel, la GED et le DMP.
- Clarifier le rôle des intervenants dans la présentation du document.
- Faire une information flash sur les DA lors des transmissions.
- Inclure les souhaits concernant la limitation des hospitalisations.

2. Collaboration avec l'HAD (Hospitalisation à Domicile)

Fonctionnement :

- Détection précoce de la fin de vie → sollicitation du médecin traitant.
- Constitution d'un dossier dormant avec prescriptions anticipées.
- Coordination entre IDE de l'EHPAD et HAD pour la mise en place des traitements (Morphine, Hypnovel...).
- Suivi, disponibilité HAD 24h/24, récupération du matériel après décès.

Axes d'amélioration :

- Anticiper la création des dossiers dormants.
- Mieux accompagner les familles.
- Organiser des temps d'échanges d'équipe sur les situations difficiles.

3. Accompagnement des résidents et familles

Pratiques :

- Adaptation continue du confort, alimentation plaisir, gestion de la douleur, prévention des escarres.
- Accompagnement psychologique possible pour résident et famille.

	<ul style="list-style-type: none"> • Familles informées, libres d'être présentes jour et nuit. • Soins de confort : toilette adaptée, soins de bouche, hydratation limitée, prévention des escarres. • Organisation du décès : certificat, contact famille, présentation du défunt, lien avec pompes funèbres. <p>Axes d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser les décisions collégiales et les souhaits de fin de vie (document spécifique). • Créer un chariot mobile de thérapie non médicamenteuse (musique, huiles, couverture lestée...). • Aménager un lieu de recueillement au 1^{er} étage. • Former les IDE à la constatation du décès et protocoliser la conduite à tenir la nuit. • Développer les soins de support (aromathérapie, musicothérapie, toucher bien-être). <p>4. Accompagnement des soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un référent soins palliatifs pour soutenir l'équipe et les familles. • Formation continue (soignants et non-soignants) aux soins palliatifs. • Déconstruction des fausses croyances (alimentation, hydratation, traitements). • Organisation de groupes de parole pour exprimer les vécus émotionnels. • Création d'une check-list décès et d'un protocole médical pour les traitements sédatifs. • Sensibilisation au repérage des situations de fin de vie. <p>5. Points matériels et organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'une table funéraire → à prévoir sur plan d'investissement. • Sécurisation du broyage des médicaments (prescription médicale obligatoire). • Formation du personnel de restauration à la texture lisse. • Pas de création d'un « méta soin palliatif » : les plans de soin resteront personnalisés.
<p>Jeudi 6 novembre 2025</p>	<p>Cette troisième réunion a réuni l'équipe pluridisciplinaire afin d'aborder deux thèmes : l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) et le travail sur l'incontinence.</p>

	<p>1. Objectifs de l'EGS</p> <ul style="list-style-type: none">• Évaluer l'état de santé du résident de manière globale (médical, social, psychologique, fonctionnel).• Aider à adapter le projet de soins et prévenir la perte d'autonomie.• Réalisée à l'entrée puis réévaluée selon l'évolution. <p>2. Points discutés autour de l'EGS</p> <p>a. Recueil de données médicales</p> <ul style="list-style-type: none">• Mise en place souhaitée d'un bilan biologique d'entrée.• Risque iatrogénique à traiter à part.• Besoin d'identifier rapidement les classes de médicaments (système de couleurs).• Recherche de l'hypotension orthostatique à programmer en début de séjour. <p>b. Évaluation sociale et juridique</p> <ul style="list-style-type: none">• Importance de comprendre l'environnement social, les habitudes de vie et les protections juridiques.• Éviter la redondance avec le dossier administratif. <p>c. Évaluation fonctionnelle</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilisation de la grille AGGIR pour évaluer autonomie et dépendance.• Groupe de travail GIR efficace et à maintenir.• Besoin d'améliorer la formation des soignants. <p>d. Mobilité et risque de chute</p> <ul style="list-style-type: none">• Analyse rapide après chute, importance de la prévention.• Groupe de travail chutes à poursuivre.• Problèmes : manque de traçabilité kinés, lits vieillissants, protocole RAIZER sous-utilisé. <p>e. Évaluation nutritionnelle</p> <ul style="list-style-type: none">• Poids systématique à l'entrée puis mensuel.• IMC, albumine, MNA.• Besoin d'un outil d'évaluation buccodentaire (OHAT) dans TITANLINK.• Création d'un livret des compléments nutritionnels. <p>f. Évaluation cognitive</p> <ul style="list-style-type: none">• MMSE à l'entrée ; Test de l'Horloge en complément.• MOCA possible par la psychologue.• Tests déjà disponibles dans TITANLINK.
--	---

	<p>g. Évaluation thymique et comportementale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de GDS, mini-GDS, Cornell, HAD, RUD, NPI-ES selon les besoins. • Importance de l'observation clinique et du soutien psychologique. <p>h. Évaluation de la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'échelles adaptées (EVA, EN, Algoplus, Doloplus, ECPA). • Utilisation des questionnaires pour rechercher les douleurs neuropathiques à mettre en place. • Identifier l'échelle à inscrire dans le plan de soins. • Poursuivre la formation des soignants. <p>i. Risque d'escarres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de l'échelle de Braden. • Protocole matelas anti-escarres à mettre en place. • Traçabilité dans TITANLINK à systématiser. <p>j. Évaluation sensorielle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision, audition, toucher, goût, odorat. • Vérification du port des aides (lunettes, appareils auditifs...). • Besoin de veilleuses et dispositifs lumineux pour la prévention. <p>3. Travail sur l'incontinence</p> <p>Principes abordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préserver la continence, la dignité et le confort du résident. • Adapter les protections (type, taille, absorption). • Respecter les habitudes du résident. • Importance des référents incontinence pour harmoniser les pratiques. • Coordination équipe / psychologue (accompagnement à l'acceptation). <p>Axes d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser les pratiques de nuit. • Discussion sur le fait de restreindre les droits de modification des plans de soins aux référents et aux IDE. • Toute modification doit être décidée en équipe puis testée. • Accompagner le résident si désaccord, sans contrainte. • Fiche action sur la révision des fiches de poste de nuit.
<p>Jeudi 20 novembre 2025</p>	<p>Les thématiques prévues lors de cette quatrième réunion ont été abordées :</p>

	<p>- la prévention et la gestion des chutes, - la prévention des escarres, - la contention ainsi que les difficultés rencontrées par les équipes, - la gestion des plaies</p> <p>Un consensus reste à trouver concernant la gestion des contentions. Une analyse complémentaire des attendus de la HAS est en cours afin de proposer une organisation adaptée, efficiente et la moins chronophage possible.</p>
<p>Jeudi 11 décembre 2025</p>	<p>Cette cinquième réunion a principalement traité la thématique de la douleur.</p> <p>Une infirmière a présenté son travail, permettant une analyse approfondie de cette thématique et l'identification de plusieurs axes d'amélioration.</p> <p>Le groupe a retenu les axes jugés les plus essentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'anticipation du risque douloureux lors des soins • Renforcer la personnalisation de l'approche thérapeutique • Poursuivre l'intégration systématique de l'évaluation de la douleur à l'aide d'échelles adaptées dans les plans de soins, ainsi que son suivi dans les transmissions • Développer la formation et la sensibilisation des soignants • Renforcer la collaboration interdisciplinaire autour de la prise en charge de la douleur <p>Des propositions complémentaires ont également été évoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec une Unité d'Évaluation et de Traitement de la Douleur • Utilisation du MEOPA et élaboration d'un protocole dédié • Mise en évidence des traitements antalgiques par un code couleur selon les paliers sur les fiches de traitement <p>Un temps d'échange a été réalisé sur la prise en soins des résidents ayant des troubles neurocognitifs, le fonctionnement du PASA et le suivi psychologique des résidents.</p> <p>En fin de séance, un point rapide a été fait sur le circuit du médicament, avec un constat partagé d'une traçabilité des prises encore perfectible. Il conviendra de revoir le paramétrage des motifs de non administration.</p>
<p>Jeudi 8 janvier 2026</p>	<p>Lors de cette dernière réunion, un travail a été réalisé sur le circuit du médicament : description et axes d'améliorations.</p>

2) **LES ORIENTATIONS DU PROJET DE SOINS**

2-1) **Philosophie de soins**

Historiquement, l'établissement s'inscrivait dans une démarche visant l'obtention du label Humanitude, traduisant une volonté forte de promouvoir une approche bienveillante, centrée sur la relation et le respect de la personne âgée.

Aujourd'hui, dans un contexte d'évolution des pratiques professionnelles et de contraintes organisationnelles croissantes, l'ambition de l'équipe est de concilier les exigences du terrain avec ces valeurs fondatrices. Cette dynamique s'inscrit dans une recherche constante d'équilibre entre qualité des soins, réalisme opérationnel et sens donné aux pratiques.

La philosophie de soin repose ainsi sur une approche globale et individualisée du résident, considéré comme acteur de son parcours de vie. Elle s'appuie sur des courants reconnus, tels que l'approche Montessori adaptée à la personne âgée que l'on souhaiterait développer, visant à préserver l'autonomie, valoriser les capacités restantes et redonner du pouvoir d'agir au quotidien.

Cette orientation invite les professionnels à adapter leurs pratiques en favorisant la participation du résident, en respectant son rythme et en soutenant ses compétences, plutôt qu'en se substituant systématiquement à lui. Elle s'inscrit dans une logique de bienveillance active, impliquant une posture réflexive et un ajustement permanent des accompagnements.

Enfin, cette philosophie se traduit par un engagement collectif des équipes à maintenir une qualité de relation, un respect de la dignité et une attention portée à chaque situation individuelle, tout en tenant compte des réalités organisationnelles de l'établissement. Elle constitue un socle partagé, garant de cohérence et de sens dans les pratiques professionnelles.

2-2) **Organisation et continuité des soins**

Le présent développement traite de l'organisation et des effectifs de l'EHPAD à la date de conception du présent Projet d'Établissement.

2-2-1) Le personnel soignant

L'accompagnement de proximité des résidents est assuré par des professionnels qualifiés et formés, inscrits dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La continuité des soins est garantie par une organisation structurée et coordonnée, articulée autour des fonctions suivantes :

Médecin coordonnateur

Il collabore étroitement à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de soins de l'établissement.

Ses missions, définies à l'article D.312-158 du Code de l'Action Sociale et des Familles, comprennent entre autres :

- La participation à l'évaluation médicale des résidents, notamment dans le cadre de l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)
- La veille à la qualité et à la cohérence des prises en soins médicales
- La coordination avec les médecins traitants et les partenaires sanitaires
- L'organisation des campagnes de vaccination
- L'avis médical lors de l'étude des demandes d'admission
- La mise à jour et la veille des protocoles médicaux

Il contribue à la sécurisation des parcours de soins et à l'adaptation des prises en charge aux spécificités gériatriques. Le temps de présence du médecin coordonnateur est actuellement à hauteur de 40 %.

L'intervention conjointe du médecin coordonnateur et de la psychologue illustre l'articulation entre approche somatique et dimension psycho-sociale, garantissant une prise en charge globale du résident.

Cadre de santé

La cadre de santé organise et coordonne les équipes paramédicales. Elle veille à la qualité, à la sécurité et à la continuité des soins dispensés aux résidents.

Pilote du projet de soins, elle en assure la mise en œuvre et le suivi, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Elle participe à la commission d'admission afin d'évaluer la charge en soins et d'adapter les ressources aux besoins des futurs résidents. Elle supervise l'élaboration et l'actualisation des Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP).

En lien avec la direction, elle contribue au recrutement des professionnels paramédicaux et à l'organisation de l'accueil et de la formation des étudiants.

Elle assure la diffusion des informations auprès des équipes, des résidents et des familles. Dans un souci de continuité de service, elle collabore étroitement avec l'IDEC, l'adjoint des cadres et le directeur de l'établissement pour anticiper et gérer les situations d'absentéisme.

Infirmière Coordinatrice (IDEC)

Placée sous la responsabilité de la cadre de santé, l'IDEC assure la gestion et la coordination du SSIAD.

Elle exerce l'intérim des fonctions de cadre de santé en son absence et peut être amenée à s'acquitter de tout ou partie de ses missions selon les besoins du service.

Elle participe également à la continuité des soins en assurant le remplacement des infirmières sur l'EHPAD lors d'absences de courte durée, durant les congés estivaux ou lors des formations.

Équipe infirmière

L'équipe est composée de quatre infirmières garantissant la continuité des soins sur l'ensemble de la semaine.

Organisation des horaires :

- Poste du matin : 6h45 – 14h13
- Poste du soir : 13h47 – 21h15
- Poste de journée : 8h15 – 15h43 (maintenu hors périodes de congés et d'absences)
Ce poste est prioritairement positionné les jours de livraison des traitements médicamenteux (mardi et jeudi).
- Week-end : horaires en coupure (7h00 – 13h00 / 17h00 – 19h00)

Les infirmières assurent un rôle de coordination et de supervision des soins. Elles encadrent les aides-soignants, les agents des services hospitaliers (ASH) et les étudiants, dans la mise en œuvre des soins et veillent à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des résidents.

L'équipe infirmière assure les soins techniques et relationnels relevant de son champ de compétences.

Elle est responsable de l'administration des traitements préparés par la pharmacie de ville et garantit la sécurisation du circuit du médicament.

Elle assure le suivi global de l'état de santé du résident, en lien avec le médecin traitant, le médecin coordonnateur, les professionnels paramédicaux et les familles.

Équipe de nuit

L'équipe de nuit est composée de quatre professionnels et de remplaçants, afin de disposer de deux agents chaque nuit :

- 3 aides-soignants
- 1 agent des services hospitaliers (ASH), à 80 % à la date de conception du Projet de Soins
- 3 remplaçants identifiés à l'année participant à la continuité du service nocturne

Cette organisation garantit la permanence des soins et la sécurité des résidents sur l'amplitude nocturne.

Organisation des horaires :

- Un professionnel est présent de 21h00 à 6h30 et participe aux transmissions avec l'équipe du soir.
- Un professionnel est présent de 21h20 à 6h50 et assure les transmissions avec l'équipe du matin.

Ce chevauchement permet d'assurer la continuité des informations et la sécurisation des prises en charge.

L'équipe de nuit assure :

- Les soins d'hygiène, de confort, relationnel et de surveillance des résidents
- La gestion des situations d'urgence ou d'aggravation de l'état de santé
- Une partie de l'entretien des locaux selon l'organisation définie

En cas de situation médicale urgente, l'équipe contacte la permanence médicale via le Centre 15, conformément aux protocoles établis.

En cas d'absentéisme imprévu, au besoin, elle sollicite l'équipe en charge de la continuité de service. Pour tout problème majeur, la garde de direction peut être mobilisée en appui, selon des modalités formalisées et connues des professionnels.

Cette organisation nocturne s'inscrit dans une logique de sécurisation des parcours, de prévention des risques (chutes, aggravation clinique, troubles du comportement) et de continuité du projet d'accompagnement individualisé.

Équipe aides-soignants de jour

L'équipe de jour est composée de 17 aides-soignants assurant l'accompagnement quotidien des résidents dans le respect de leur projet personnalisé.

Organisation des effectifs :

- 6 aides-soignants le matin (6h45 – 14h13)
- 4 aides-soignants le soir (13h47 – 21h15)
- Selon les ressources disponibles, un professionnel supplémentaire peut être positionné sur le poste du soir afin d'adapter l'effectif à la charge en soins et aux besoins des résidents.

Cette organisation permet d'assurer une présence renforcée sur les temps forts de la journée (lever, coucher, repas), tout en garantissant la continuité des soins.

Missions de l'équipe :

Les aides-soignants assurent :

- Les soins d'hygiène, de confort et de prévention
- L'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne
- La surveillance de l'état général et le repérage des signes d'alerte
- La participation à l'élaboration et au suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisés

Ils exercent également des missions de référents sur des thématiques spécifiques (GIR, douleur, nutrition, prévention des chutes, soins palliatifs, hygiène, etc.), contribuant ainsi à la qualité et à la structuration des pratiques professionnelles.

L'organisation de l'équipe soignante vise à concilier qualité des soins, individualisation de l'accompagnement et efficience des ressources, dans une logique d'amélioration continue des pratiques.

Psychologue

Une psychologue intervient au sein de l'établissement à hauteur de 50%.

Elle assure le suivi psychologique des résidents présentant des besoins spécifiques, qu'il s'agisse d'un accompagnement ponctuel ou d'un suivi régulier.

Elle participe activement à l'élaboration et à l'actualisation des Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP), notamment à travers la réalisation de l'anamnèse et l'évaluation des besoins psycho-affectifs.

Elle contribue également au soutien des équipes, en apportant un éclairage clinique sur certaines situations complexes (troubles du comportement, refus de soins, difficultés d'adaptation).

Dans une posture de médiation, elle peut intervenir pour accompagner les familles, faciliter le dialogue ou apaiser des situations de tension.

Son intervention participe pleinement à la prise en charge globale et individualisée du résident.

Ergothérapeute

L'ergothérapeute intervient à hauteur de 10 %. Elle a pour mission de favoriser l'indépendance et l'autonomie des résidents à travers :

- Des actions de réadaptation et de rééducation
- L'évaluation et l'adaptation de l'environnement
- La mise en place d'aides techniques
- Des actions de prévention, de confort et de sécurisation

Elle participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) ainsi qu'aux Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP). Elle conduit également des actions d'information et de sensibilisation auprès des professionnels.

Dans le cadre d'un financement de la Commission des Financeurs 2025, un 10% supplémentaire lui permet d'animer des ateliers « Prévention des chutes en EHPAD » à destination des résidents et de participer à des réunions d'analyse des chutes.

L'intervention coordonnée des professionnels paramédicaux contribue à une approche globale et pluridisciplinaire, centrée sur le maintien des capacités, la prévention de la dépendance et la sécurisation du parcours de soins.

Équipe des Agents des Services Hospitaliers (ASH)

L'équipe est composée de 8 Agents des Services Hospitaliers participant pleinement à la qualité de l'accompagnement des résidents et au bon fonctionnement hôtelier de l'établissement.

Organisation des effectifs :

- Un ASH est positionné par étage chaque jour, sur une amplitude horaire identique à celle de l'équipe aide-soignante, favorisant la coordination et la fluidité des interventions.
- Un poste journalier complémentaire est dédié à des missions spécifiques, notamment la gestion et le suivi du linge des résidents. Un poste en soir supplémentaire peut intervenir sur du renfort d'hygiène selon une fiche de poste établie en équipe.

Cette organisation permet d'assurer une présence constante et structurée sur l'ensemble des secteurs.

Missions de l'équipe :

- Le service hôtelier (distribution et aide au service des repas selon l'organisation définie)
- L'entretien et l'hygiène des locaux dans le respect des protocoles institutionnels
- La participation à la prévention du risque infectieux
- Une contribution à la qualité du cadre de vie des résidents

Par leur action quotidienne, les ASH participent pleinement au confort, à la dignité et au bien-être des résidents, en lien étroit avec l'équipe soignante.

L'articulation entre équipes soignantes et hôtelières s'inscrit dans une logique de prise en charge globale, où la qualité du cadre de vie constitue un levier essentiel de bien-être.

2-2-2) La permanence médicale

L'établissement garantit l'accès aux soins médicaux dans le respect du libre choix du praticien par le résident et dans une logique de continuité et de sécurisation des parcours de soins sur le territoire.

2-2-2-1) Suivi médical

Le résident conserve pleinement le libre choix de son médecin traitant à partir du moment où le médecin accepte de se déplacer jusqu'à l'EHPAD. La collaboration étroite avec le cabinet médical d'Allasac permet à tout résident n'ayant pas de médecin traitant de donner son accord pour assurer des visites à l'EHPAD d'être accompagné par un médecin traitant du cabinet de proximité ou des cabinets médicaux environnants.

Le suivi médical est assuré par les médecins traitants du lundi au vendredi, sur une amplitude horaire de 8h30 à 19h00.

Les périodes d'absence des médecins traitants sont connues et organisées en amont ; elles sont assurées par des médecins remplaçants garantissant la continuité du suivi médical.

Les renouvellements d'ordonnances sont anticipés et programmés par les infirmières, en lien avec les cabinets médicaux du secteur (Allasac, Donzenac, Objat, St Pantaléon-de-Larche, Varetz).

Lorsque la situation clinique le justifie, des prescriptions en « si besoin » peuvent être établies afin de prévenir toute rupture de traitement et soulager le résident.

2-2-2-2) Protocole d'urgence

La gestion des urgences médicales est assurée par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) via la régulation médicale.

En cas de problème médical aigu ou d'urgence vitale, la procédure institutionnelle prévoit un appel immédiat au Centre 15.

L'équipe applique les protocoles internes relatifs :

- Aux urgences médicales
- Aux situations de dégradation brutale de l'état de santé
- Aux problématiques médicales nécessitant un avis urgent

Cette organisation permet une prise de décision médicalisée rapide et sécurisée.

2-2-2-3) Dispositifs d'urgence et gestion des situations critiques

Afin de garantir une réponse rapide et adaptée face aux situations d'urgence médicale pouvant survenir au sein de l'établissement, plusieurs dispositifs sont mis à disposition des professionnels.

• Chariot d'urgence

L'établissement dispose d'un chariot d'urgence permettant la prise en charge immédiate des situations de détresse vitale (arrêt cardio-respiratoire, détresse respiratoire, malaise grave, etc.). Le positionnement stratégique du chariot dans l'établissement est présenté aux étudiants en stage et aux nouveaux professionnels.

Ce chariot contient le matériel et les médicaments nécessaires à la réalisation des premiers gestes d'urgence par les professionnels formés, notamment :

- Matériel de ventilation et d'oxygénothérapie
- Matériel de perfusion
- Médicaments d'urgence
- Dispositifs de surveillance des constantes
- Matériel d'aspiration

Le chariot d'urgence fait l'objet :

- D'un contrôle régulier de son contenu et de sa fonctionnalité
- D'une vérification systématique des dates de péremption des médicaments
- D'une traçabilité des contrôles réalisés en binôme infirmier/aide-soignante
- De la reconstitution du chariot après utilisation si nécessaire

Chaque contrôle donne lieu à une traçabilité papier formalisée. Ces vérifications sont réalisées selon une périodicité définie afin de garantir l'opérationnalité du chariot en cas d'urgence.

Cette organisation contribue à renforcer la sécurité des soins et la réactivité des équipes face à toute situation d'urgence.

● **Défibrillateur Semi-Automatique (DSA)**

L'établissement est également équipé d'un défibrillateur automatisé externe (DSA) accessible rapidement par les équipes.

Le DSA permet d'intervenir précocement en cas d'arrêt cardiaque et constitue un élément essentiel de la chaîne de survie. Son utilisation est possible par les professionnels formés conformément aux recommandations en vigueur.

Une attention particulière est portée :

- À la vérification régulière de l'état de fonctionnement du dispositif
- Au contrôle des électrodes et de leur date de péremption
- À la sensibilisation et à la formation des professionnels aux gestes d'urgence

Le plan de formation prévoit la formation aux gestes et soins d'urgence (notamment AFGSU niveau 2 pour les infirmiers et les aides-soignants) et le recyclage tous les 4 ans. Par ailleurs, des personnels non soignants de l'établissement bénéficient de la formation Sauveteur Secouriste du Travail (SST). Cette organisation contribue à développer une culture partagée de la sécurité.

Ces dispositifs s'inscrivent dans une démarche globale visant à sécuriser la prise en charge des résidents et à renforcer la capacité de réponse de l'établissement face aux situations d'urgence médicale, en articulation avec les services d'urgence du territoire.

● **Hospitalisations d'urgence**

En cas de nécessité, le transfert d'un résident vers un établissement de santé est organisé selon le protocole institutionnel « Transfert et hospitalisation d'urgence ».

Ce protocole encadre :

- Les modalités d'alerte
- La préparation du dossier médical d'urgence
- L'information des familles ou du représentant légal
- La transmission des éléments nécessaires à la continuité des soins
- La transmission du DLU (Dossier de Liaison d'Urgence)

L'objectif est de garantir un transfert sécurisé et une coordination optimale avec les services hospitaliers.

● Hospitalisations programmées et télémédecine

Les hospitalisations programmées sont organisées en amont en coordination avec le service hospitalier concerné.

Un bon de transport est établi conformément à la prescription médicale.

Par ailleurs, la mise en place d'un document de liaison entre l'EHPAD et les consultations de spécialité sera envisagée afin d'assurer la transmission structurée des informations médicales, des traitements en cours et des éléments cliniques pertinents. Cet outil permettra de sécuriser les échanges entre les différents acteurs du parcours de soins et de limiter les risques de rupture ou d'incompréhension lors des modifications thérapeutiques.

L'équipe veille à la transmission des informations médicales nécessaires et à l'organisation du retour au sein de l'établissement.

Lorsque la situation clinique le permet, le recours à la télémédecine est privilégié afin d'éviter des déplacements inutiles et de limiter les ruptures dans le parcours de soins. Cette modalité permet un avis spécialisé rapide tout en maintenant le résident dans son environnement habituel.

Des téléconsultations avec un gériatre sont mises en place sous réserve de l'accord du médecin traitant du résident, selon les besoins, avec l'équipe mobile de Gériatrie de l'Hôpital de Brive.

Le développement de la télémédecine constitue un levier d'amélioration du parcours de soins, contribuant à la prévention des hospitalisations évitables et à la réduction des risques liés aux transferts.

2-2-3) Intervention des paramédicaux

L'établissement garantit le libre choix des intervenants paramédicaux par le résident, conformément au principe d'autonomie et de respect des droits des usagers.

Les professionnels libéraux interviennent sur prescription médicale ou à la demande du résident, en coordination avec l'équipe soignante.

Kinésithérapeutes

Un cabinet de deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux intervient au sein de l'établissement sur prescription médicale.

Leurs missions portent sur :

- La rééducation fonctionnelle
- Le maintien de la mobilité

- La prévention de la perte d'autonomie
- La prise en charge des troubles musculo-squelettiques et respiratoires

Ils collaborent avec l'équipe soignante dans une logique de maintien des capacités fonctionnelles et de prévention des complications liées à l'immobilité.

Pédicure-podologue

Un cabinet de pédicurie libérale intervient à la demande du résident ou sur indication médicale.

Ces interventions contribuent à la prévention des lésions cutanées, des troubles de l'appui et du risque de chute, notamment chez les résidents diabétiques ou présentant des fragilités spécifiques.

La commission de coordination gériatrique constitue un outil essentiel dans l'organisation et l'amélioration de la prise en charge des résidents. Bien qu'elle ne se soit pas encore réunie à ce jour, sa mise en place s'inscrit comme un projet structurant de l'établissement. Elle aura pour objectif d'assurer la coordination des différents professionnels de santé autour du médecin coordonnateur, en favorisant une approche pluridisciplinaire et cohérente des soins. Cette instance contribuera à définir et harmoniser les bonnes pratiques, notamment en matière de protocoles et de prescriptions médicamenteuses, tout en veillant à la qualité et à la sécurité des interventions. En facilitant les échanges entre médecins traitants, équipe soignante, pharmacien et direction, elle permettra d'adapter les prises en charge aux besoins spécifiques des personnes âgées et d'optimiser leur parcours de soins.

2-2-4) Le suivi des soins

Le suivi des soins repose sur des outils complémentaires garantissant la traçabilité, la continuité des prises en charge et la sécurisation des informations relatives aux résidents.

• Le dossier de soins papier

Le dossier de soins papier permet de conserver une trace écrite des éléments administratifs, paramédicaux et médicaux relatifs au résident.

L'archivage est assuré par le service administratif, conformément aux durées légales de conservation en vigueur.

• **Le Dossier Usager Informatisé (DUI) – TITANLINK**

Le Dossier Patient Informatisé (DPI) TITANLINK constitue l'outil principal de traçabilité des soins.

Il permet :

- La planification et la validation des soins réalisés
- La traçabilité des refus de soins
- Le suivi clinique du résident
- La centralisation des informations médicales et paramédicales

Une procédure dégradée est connue des utilisateurs afin de pallier une coupure informatique ou un problème réseau (Cf Projet Qualité). Il contribue à la sécurisation du parcours de soins et à l'amélioration de la coordination interprofessionnelle.

• **La tablette numérique**

La version nomade via tablette permet la saisie des soins au plus près de leur réalisation. Cet outil favorise une traçabilité en temps réel et limite le risque d'omission d'informations.

• **Le plan de soins**

Le plan de soins recense l'ensemble des soins programmés sur 24 heures. Il constitue un outil opérationnel permettant aux équipes d'organiser et d'adapter leur intervention en fonction des besoins identifiés.

• **Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)**

Le Dossier de Liaison d'Urgence vise à améliorer la transmission des informations essentielles en cas de transfert vers un service d'urgence.

Il contient les données médicales et administratives indispensables à une prise en charge rapide et adaptée, contribuant ainsi à la sécurisation du parcours du résident.

• **Les transmissions écrites et orales**

Les transmissions orales sont réalisées à chaque changement d'équipe afin d'assurer la continuité des soins.

Les transmissions écrites sont nominatives et rédigées de manière narrative pour chaque résident via le logiciel de soins informatisé.

Chaque professionnel et stagiaire dispose de codes d'accès personnels et sécurisés garantissant la traçabilité des actions et le respect de la confidentialité. La gestion des droits d'accès a été réalisée au démarrage du projet, le suivi est assuré par la cadre de santé.

La formation à l'utilisation du logiciel est réalisée par les pairs et complétée par des sessions en visioconférence proposées par l'éditeur, notamment durant la période de doublure des nouveaux professionnels.

- **Une messagerie interne**

Une messagerie interne sécurisée permet la diffusion d'informations à l'ensemble des professionnels de l'établissement, favorisant la réactivité et la coordination.

- **Bibliothèque qualité**

Des classeurs thématiques recensent les informations relatives aux projets en cours (ex : campagnes vaccinales, sécurisation du circuit du médicament, prévention des risques).

Une bibliothèque qualité centralise l'ensemble des documents institutionnels, protocoles et procédures, garantissant l'accessibilité des référentiels aux équipes.

L'ensemble de ces outils participe à une culture de la traçabilité, de la coordination et de l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

L'acquisition d'un logiciel Qualité permettra de disposer d'une version informatisée de cette bibliothèque (Cf Projet Qualité).

2-2-5) Les partenaires médicaux et dispositifs mobilisables

L'établissement s'inscrit dans une dynamique de coopération territoriale afin de garantir une prise en charge globale, coordonnée et sécurisée des résidents. Des conventions et collaborations formalisées permettent de mobiliser des expertises spécialisées adaptées aux besoins gériatriques :

- **Équipe Mobile d'Hygiène (EMH)** du CH de Tulle, qui apporte son concours dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic, d'un plan d'actions et de son suivi sur le risque infectieux (DAMRI : Démarche d'Analyse et de Maîtrise du Risque Infectieux), dans la gestion des épisodes infectieux isolé ou groupés (IRA, GEA, bactérie résistante aux antibiotiques...), dans l'aide à l'élaboration et à la mise à jour de protocoles, dans l'organisation de formations ou informations sur les fondamentaux en hygiène (par exemple : hygiène des mains, précautions standard...) et également dans le développement d'actions de promotion et de facilitation de la vaccination auprès des résidents et des professionnels de l'EHPAD.

Une collaboration avec l'EMH du CH de Brive pour des formations des équipes soignantes est également mise en place.

- **Équipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie (EMA) du Centre Hospitalier de Tulle**, dont l'objectif est d'élaborer et de coordonner des actions visant à sensibiliser au bon usage des antibiotiques, dans le cadre de la lutte contre l'antibiorésistance. Elle met en œuvre des actions de prévention, des formations, ainsi qu'un accompagnement à la juste prescription antibiotique et à l'évaluation des pratiques, dans une démarche collective de maîtrise de l'antibiorésistance.
- **Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)** de la Corrèze, mobilisable pour les situations complexes nécessitant une coordination renforcée entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.
- **Dispositif de hotline de régulation gériatrique**, qui dépend du pôle de Gériatrie du centre hospitalier de Brive, apportant une expertise gériatrique. Elle peut être sollicitée par les médecins traitants, médecins coordonnateurs d'EHPAD et Samu du territoire de basse Corrèze, pour toute situation complexe médico-sociale et cognitive, palliative ou éthique en dehors de situation d'urgence sanitaire. Elle permet d'apporter des conseils thérapeutiques, de déclencher, si nécessaire, l'équipe mobile extrahospitalière ou de programmer des hospitalisations directes dans l'unité adaptée du pôle ou en ambulatoire.
- **Équipe Mobile de Gériatrie (EMG)**, rattachée au Pôle de Gériatrie - L'Équipe Mobile Gériatrique Extra Hospitalière (EMGEH) a pour missions de réduire les hospitalisations non programmées, d'optimiser le parcours de soins de la personne âgée, et d'apporter une expertise aux médecins généralistes lors de situations médico-sociales complexes. Elle intervient pour avis spécialisé, évaluation gériatrique et appui à la décision médicale. Elle peut intervenir en téléconsultation.

Des téléconsultations avec l'Équipe Mobile de Gériatrie sont réalisées lorsque le profil clinique du résident le permet. Cette modalité favorise un accès rapide à l'expertise spécialisée, limite les déplacements et contribue à la prévention des hospitalisations évitables.

- **Centre Médico-Psychologique (CMP)** : un infirmier et un médecin interviennent pour le suivi des résidents présentant des troubles psychiatriques, en coordination avec l'équipe soignante.
- **Hospitalisation à Domicile (HAD) – Centre Hospitalier de Tulle**
L'Hospitalisation à Domicile (HAD) du Centre Hospitalier de Tulle constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle permet d'assurer, au sein de l'EHPAD, des soins médicaux et paramédicaux complexes, coordonnés et continus.

Elle intervient notamment dans la prise en charge de situations nécessitant une technicité élevée ou une surveillance rapprochée, telles que les soins palliatifs, les traitements intraveineux, les pansements complexes ou la prise en charge de la douleur.

L'HAD peut également intervenir dans le cadre d'évaluations anticipées, notamment par la constitution de « dossiers dormants », permettant d'anticiper une prise en charge rapide et adaptée en cas d'évolution de l'état de santé du résident.

- **Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) – Centre Hospitalier de Tulle**

L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du Centre Hospitalier de Tulle intervient en appui et en expertise auprès des équipes soignantes de l'EHPAD. Elle n'assure pas directement les soins, mais apporte un soutien clinique, éthique et organisationnel dans les situations complexes, notamment en fin de vie.

Ses missions comprennent l'évaluation et le conseil dans la prise en charge de la douleur, l'accompagnement des situations palliatives, ainsi que le soutien aux équipes et aux familles.

Lors de l'intervention de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), le médecin traitant du résident demeure le médecin responsable de la prise en charge. L'EMSP intervient en appui, dans un rôle de conseil et d'expertise, sans se substituer au médecin prescripteur. Les décisions thérapeutiques restent donc sous la responsabilité du médecin traitant, en concertation avec les différents acteurs impliqués.

Elle contribue également à l'amélioration des pratiques professionnelles par son rôle de formation et d'accompagnement.

- **Équipe Mobile en faveur des Personnes Handicapées Vieillissantes**, de l'ADAPEI de la Corrèze, lancée au début de l'année 2025 : elle a pour mission d'évaluer et construire un plan d'accompagnement adapté pour des personnes en situation de handicap, dont le vieillissement fragilise le maintien sur leur lieu de vie (à domicile, en établissement ou en habitat partagé).

Elle s'adresse aux personnes de plus de 50 ans en situation de handicap, vivant à domicile ou en foyer sur le territoire corrézien, dont la situation évolue avec l'âge et nécessite une expertise. L'équipe intervient prioritairement auprès des personnes isolées ou sans solution adaptée à domicile.

Elle accompagne également les professionnels en leur apportant un appui pour améliorer la qualité de l'accompagnement dans les structures.

- **CERENUT (Centre Ressources Nutrition Nouvelle-Aquitaine)**, né de la transformation du réseau LINUT, avec lequel l'EHPAD a signé un accord cadre d'adhésion, a pour objectifs la sensibilisation et l'information des professionnels sur l'importance de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées, la diffusion d'une expertise incluant la prévention et

la prise en charge de la dénutrition et autres pathologies nutritionnelles, l'amélioration des pratiques professionnelles par la mise à disposition d'outils, diffusion de bonnes pratiques et de protocoles. Une diététicienne intervient à distance pour apporter au besoin des correctifs aux menus proposés.

L'inscription de l'établissement dans un réseau territorial structuré constitue un levier majeur d'amélioration de la qualité des soins, de sécurisation des parcours et de prévention des ruptures de prise en charge.

2-2-6) Les prestataires et appels à projets

L'établissement s'appuie sur des prestataires extérieurs et des dispositifs financés dans le cadre d'appels à projet afin de garantir la qualité des soins, le confort des résidents et le développement d'actions innovantes de prévention.

Prestataires de soins et de matériel :

- **Prestation d'oxygénothérapie** assurée par deux sociétés spécialisées, garantissant la continuité et la sécurisation de la délivrance d'oxygène médical. Des actions de formations des professionnels sont proposées.
- **Fourniture de produits d'hygiène** par un prestataire référencé, contribuant au respect des protocoles d'hygiène et à la prévention du risque infectieux.
- **Prestation de matériel médical** (lits médicalisés, aides techniques, dispositifs spécifiques) assurée par une société spécialisée, permettant une adaptation rapide aux besoins évolutifs des résidents.
- **Laboratoires d'analyses médicales** intervenant pour l'acheminement et l'analyse des examens biologiques prescrits, assurant la continuité du suivi médical.
- **Société en charge du transport des DASRI** (Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux), partenaire qui intervient dans le cadre de la prévention des risques infectieux et de la sécurité des professionnels, des résidents et de l'environnement. Cette société assure la mise à disposition de cartons et de boîtes DASRI conformes à la réglementation en vigueur, garantissant une collecte sécurisée des déchets perforants, coupants et contaminés.

Prestataires contribuant à la qualité de vie :

- **Trois coiffeuses** interviennent au sein de l'établissement sur différentes plages horaires, participant au bien-être, à l'estime de soi et au maintien du lien social.
- **Séances de musicothérapie** organisées tous les 15 jours, favorisant l'expression émotionnelle, la stimulation cognitive et l'apaisement des troubles du comportement.

Actions financées dans le cadre d'appels à projet de la Commission des Financeurs, à la date d'élaboration du Projet d'Établissement :

- **Interventions d'un enseignant en Activité Physique Adaptée (APA)** tous les lundis (hors période de fortes chaleurs), visant le maintien des capacités motrices, la prévention des chutes et la lutte contre la sédentarité.
- **Intervention d'une ergothérapeute** un vendredi sur deux pour des ateliers proposés aux résidents et de l'analyse des chutes.
- **Ateliers de socio-esthétique**, deux fois par mois, contribuant au maintien de l'estime de soi, à la valorisation de l'image corporelle et au bien-être psychologique des résidents.

Ces actions participent à une dynamique de prévention et d'innovation, inscrite dans une logique d'amélioration continue de la qualité de vie en EHPAD. Le recours aux appels à projet constitue un levier stratégique permettant de développer des actions ciblées de prévention, d'innovation et de personnalisation de l'accompagnement.

2-3) Accompagnement des résidents dans les soins

2-3-1) L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

L'Évaluation Gériatrique Standardisée sera réalisée de manière systématique afin de permettre une analyse globale et structurée de l'état de santé du résident.

Elle visera à recueillir une vision d'ensemble de ses capacités, de ses fragilités potentielles, de son niveau d'autonomie, ainsi que de son état cognitif, thymique, sensoriel, cutané et nutritionnel. Elle prendra également en compte son environnement et son mode de vie.

Cette évaluation constituera une véritable « photographie » du résident à son entrée, permettant d'identifier ses besoins spécifiques et de structurer son projet de soins personnalisé.

2-3-1-1) Objectifs de l'EGS

L'EGS permet d'appréhender de manière multidimensionnelle l'état de santé d'un résident. Elle vise à identifier les besoins médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux afin d'adapter au mieux le projet de soin et de vie.

Elle favorise une approche pluridisciplinaire, améliore la qualité de prise en charge et contribue à prévenir la perte d'autonomie.

Réalisée à l'admission, éventuellement avec des éléments collectés en amont, elle pourra être réévaluée régulièrement selon l'évolution de la situation du résident. Elle complète le projet de soin.

Elle permet de suivre l'évolution de l'état de santé, de détecter toute dégradation de l'état de santé et d'adapter les soins.

2-3-1-2) Composantes de l'EGS

L'EGS se décompose en plusieurs thématiques, chacune ayant une méthodologie et des outils spécifiques permettant de dresser une analyse fine de toutes les composantes liées au résident.

L'EGS s'appuie sur une démarche d'intervention pluri professionnelle et pluridisciplinaire associant médecin coordonnateur, cadre de santé, infirmiers, psychologue, ergothérapeute, toute l'équipe soignante de l'EHPAD, ainsi que les intervenants libéraux tels que les médecins traitants et les kinésithérapeutes ...

▪ **Recueil de données médicales :**

- Recueil des antécédents médicaux et chirurgicaux, des traitements en cours, prise de CNO (compléments nutritionnels oraux)
- Bilan biologique d'entrée
- Évaluation du risque d'iatrogénie
- Prise d'anticoagulant
- Recherche d'HTO (Hypotension orthostatique)
- Statut vaccinal (Covid, Grippe, Zona, Pneumocoque, DTpolio, selon les recommandations en vigueur pour les personnes âgées), refus éventuels de certaines vaccinations

▪ **Évaluation sociale et statut juridique :**

Cette évaluation permet d'identifier l'environnement familial et social du résident, ainsi que les dispositifs administratifs et légaux qui encadrent son accompagnement.

L'objectif est de garantir le respect des droits, l'expression des volontés et la sécurisation des décisions de soins.

On recherchera :

- la situation familiale
- la composition de la famille, la proximité géographique ou non, leur implication et la fréquence des liens
- un isolement social
- les conditions de vie au domicile et habitudes de vie
- l'existence d'une mesure de protection juridique
- la désignation d'une personne de confiance
- la rédaction de directives anticipées

▪ **Évaluation fonctionnelle :**

Elle permet l'évaluation des capacités du résident à réaliser les activités de la vie quotidienne. Les soignants au quotidien accompagnent les résidents au maintien de leur autonomie à travers des soins d'hygiène, d'habillement, d'élimination, l'alimentation, la mobilité... L'outil utilisé est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) avec les 4 adjectifs, qui permet d'évaluer l'autonomie et la dépendance du résident avec un GIR de 1 à 6.

L'évaluation du niveau d'autonomie des résidents à l'aide de la grille AGGIR fait l'objet d'une organisation structurée au sein de l'établissement. Elle est réalisée par l'équipe soignante référente, en collaboration avec le médecin coordonnateur, conformément aux recommandations en vigueur et permet d'adapter l'accompagnement et les moyens mobilisés.

Une planification, quatre fois par an, des évaluations AGGIR est mise en place afin de garantir la mise à jour régulière des données d'autonomie des résidents. Les évaluations sont également réactualisées :

- Lors de l'admission du résident ;
- En cas d'évolution significative de l'état de santé ou de l'autonomie

Cette organisation permet d'assurer une évaluation régulière et fiable du niveau de dépendance des résidents, contribuant à l'adaptation des soins et à la juste allocation des ressources de l'établissement.

▪ **Évaluation de la mobilité et du risque de chutes :**

Elle permet d'évaluer la capacité du résident à se déplacer en sécurité, en utilisant ou non d'éventuelles aides techniques.

L'évaluation du risque de chute est un élément clé de l'EGS, elle permet d'identifier les facteurs individuels et environnementaux pouvant favoriser les chutes.

En effet, les chutes représentent un risque majeur pour les personnes âgées car elles peuvent entraîner des blessures graves, une perte d'autonomie et un déclin fonctionnel rapide.

L'évaluation reste pluridisciplinaire avec une place importante pour l'ergothérapeute. Les outils pouvant être utilisés sont le test de Tinetti et le Timed Up and Go (TUG).

Le test de Tinetti va évaluer l'équilibre et la marche pour déterminer le risque de chute (faible, modéré, élevé) ; le TUG permet d'identifier les résidents à risque de chute (capacité à se lever d'une chaise, marcher sur une courte distance et s'asseoir de nouveau).

Ces évaluations permettent de mettre en place des mesures de prévention adaptées, visant à sécuriser les déplacements, réduire les chutes et préserver l'autonomie des résidents. Des actions comme l'aménagement d'espace, l'utilisation d'aides techniques, la rééducation à la mobilité, l'évaluation des bénéfices/risques de l'utilisation de contention sont mises en place.

Les chutes sont tracées dans le logiciel de soins. Une information est ensuite transmise à la personne de confiance si elle en fait la demande ainsi qu'au médecin traitant de manière systématique. Les aides-soignants et les IDE constituent les intervenants de première ligne : ils évaluent la gravité de la chute et mettent en œuvre les actions adaptées, en respectant le protocole établi.

En complément, des temps d'analyse réguliers des chutes sont progressivement instaurés, associant l'ergothérapeute et les équipes soignantes, dans une démarche d'amélioration continue de la prise en charge et de la prévention.

▪ **Évaluation nutritionnelle :**

La dénutrition est une problématique fréquente chez le sujet âgé et notamment en EHPAD, qui peut aggraver l'état de santé, la qualité de vie et la perte d'autonomie.

Cette évaluation comprendra l'évaluation nutritionnelle mais également la prise en compte de l'état buccodentaire, la capacité à s'alimenter de façon autonome ou non, l'existence ou non de troubles de la déglutition.

Plusieurs éléments vont composer l'évaluation nutritionnelle :

- La mesure du poids à l'entrée puis 1 fois/mois, la fréquence peut être augmentée lors d'une surveillance rapprochée
- L'IMC (Indice de Masse Corporelle) mensuel
- Le dosage de l'albumine à l'entrée
- La recherche d'enrichissement de l'alimentation et la prise de CNO existantes à l'entrée
- L'échelle MNA (Mini Nutritionnel Assessment), qui permet d'évaluer l'état nutritionnel, d'identifier les risques de dénutrition et de proposer des mesures afin d'améliorer l'alimentation du résident, sera réalisée à l'entrée
- L'évaluation de l'état buccodentaire en utilisant la grille OAG sera également effectuée à l'entrée afin de pouvoir adapter la texture de l'alimentation

En présence d'au moins un critère évocateur de dénutrition (perte de poids significative, IMC inférieur aux seuils recommandés, altération des apports alimentaires ou hypoalbuminémie interprétée dans son contexte clinique), une évaluation clinique et nutritionnelle est engagée sans délai.

Lorsqu'un résident présente un risque de dénutrition ou une dénutrition avérée, la mise en place d'une complémentation nutritionnelle orale (CNO) sous prescription médicale est envisagée dans le cadre d'une prise en soin pluridisciplinaire. Le choix des compléments tient compte des préférences et des habitudes alimentaires du résident (saveurs, textures, horaires de prise) afin de favoriser l'adhésion, d'optimiser l'observance et de prévenir toute lassitude ou rejet. Une réévaluation régulière est réalisée (tolérance, efficacité, acceptabilité), avec adaptation si nécessaire.

En cas de diminution des quantités alimentaires par un résident, le médecin peut demander une évaluation de la consommation alimentaire sur trois jours avec une fiche dédiée, afin de réaliser une analyse plus fine des kilocalories.

La démarche diagnostique et thérapeutique s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives au diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus (recommandations en vigueur depuis 2021).

▪ **Évaluation cognitive** :

Les troubles neurocognitifs sont fréquents chez les résidents en EHPAD. L'évaluation cognitive permet de détecter précocement d'éventuels troubles, de mieux adapter l'accompagnement et de pouvoir orienter vers une prise en soin spécifique, et/ou vers les activités thérapeutiques du PASA existantes au sein de l'EHPAD.

Le rôle de la psychologue dans ces évaluations est central. Une évaluation cognitive globale pourra être réalisée dans les 3 semaines suivant l'admission du résident avec le MMSE (Mini-Mental State Examination) en 1^{ère} intention. Ce test courant et bien identifié par les équipes soignantes, relativement court, permet d'évaluer l'état cognitif général, notamment la mémoire, l'orientation et les capacités de calcul. En complément, le Test de l'Horloge peut être utilisé.

Le MOCA (Montréal Cognitive Assessment) pourra être utilisé par la psychologue secondairement ou lors de suivis ; cet outil permet de détecter des troubles cognitifs légers, qui ne sont pas toujours détectés avec le MMSE.

▪ **Évaluation thymique et comportementale** :

L'évaluation thymique s'intéresse à l'état émotionnel et au bien-être psychologique du résident. Elle vise à repérer les troubles de l'humeur (dépression, anxiété, apathie), qui peuvent influencer la qualité de vie, la prise en soins, la motivation et la participation aux activités.

L'intervention de la psychologue est fondamentale dans cette évaluation en complément et soutien de l'équipe soignante.

En premier lieu, l'observation clinique du résident, ainsi que des entretiens avec l'équipe et la psychologue doivent être réalisés afin de mettre en place des actions de prévention et de soutien adaptés au plus tôt.

Les outils utilisés sont la GDS (Geriatric Depression Scale) et la Mini GDS qui permettent de dépister les symptômes dépressifs chez les personnes âgées qui peuvent passer inaperçus dans le contexte du vieillissement.

L'échelle de Cornell pourra être utilisée pour évaluer la dépression chez les résidents ayant des troubles neurocognitifs avec un MMSE <15.

Concernant l'anxiété, l'échelle HAD (Échelle d'Anxiété d'Hamilton) pourra permettre une évaluation.

Dans les situations où un risque suicidaire peut être détecté, le RUD (Risque Urgence Dangerosité) sera utilisé.

Ces tests seront utilisés par la psychologue selon l'entretien clinique.

Les objectifs sont de pouvoir identifier et traiter les troubles de l'humeur en concertation avec le médecin traitant, adapter l'accompagnement et les activités, proposer des alternatives non médicamenteuses et prévenir la dégradation cognitive et physique associée à la souffrance psychique.

Concernant les troubles du comportement qui peuvent être associés aux pathologies démentielles et également dans le cadre d'une proposition d'orientation d'un résident vers le PASA, la grille NPI-ES sera utilisée en collaboration avec l'équipe soignante.

▪ **Évaluation de la douleur** :

La prise en charge de la douleur constitue un élément essentiel du confort des résidents, mais également de la prévention des complications qu'elle peut engendrer, telles que la dépression, la perte d'autonomie, les troubles du comportement ou l'agitation.

Avec l'avancée en âge et la présence éventuelle de troubles neurocognitifs, la perception et l'expression de la douleur peuvent être altérées. Une évaluation rigoureuse s'avère donc indispensable afin de limiter le risque de sous-estimation de la douleur, d'objectiver les symptômes et d'adapter les traitements antalgiques.

Cette évaluation sera réalisée à l'entrée du résident, lors des épisodes douloureux, ainsi que lors de la mise en place ou de la réévaluation d'un traitement antalgique, afin d'en mesurer l'efficacité et d'ajuster la prise en charge.

Plusieurs outils d'évaluation pourront être utilisés :

- **Échelles d'auto-évaluation** (résidents communicants, sans ou avec troubles cognitifs légers) :

- EVA (Échelle Visuelle Analogique) : évaluation de la douleur aiguë ou chronique (0 à 10)
- EN (Échelle Numérique) : évaluation de la douleur aiguë (0 à 10)

- **Échelles d'hétéro-évaluation** (soignants) :

- ALGOPLUS : évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée non communicante
- DOLOPLUS : évaluation de la douleur chronique chez la personne âgée présentant des troubles cognitifs
- ECPA : échelle comportementale adaptée aux personnes présentant des troubles cognitifs sévères
- DN4 : questionnaire de dépistage des douleurs neuropathiques

Dans une logique d'amélioration continue des pratiques, la traçabilité de l'évaluation de la douleur sera renforcée dans le dossier patient informatisé (DPI). L'ensemble des évaluations, réévaluations et actions mises en place devra être systématiquement renseigné afin de garantir la continuité du suivi, la coordination entre professionnels et l'adaptation des traitements antalgiques.

- **Évaluation du risque d'escarres** :

Les escarres peuvent affecter gravement la qualité de vie des résidents et entraîner des complications sévères. Une prise en charge précoce permet de réduire la douleur et de favoriser la cicatrisation. Au quotidien, les soignants contribuent à l'observation de l'état cutané et à la détection précoce des situations à risque, permettant d'agir rapidement en conséquence.

Cette évaluation permet d'adapter des mesures préventives telles que les changements de position, l'utilisation de matelas anti-escarres ou encore l'adaptation de l'apport nutritionnel.

Dans une logique de sécurisation des soins et d'harmonisation des pratiques, l'établissement souhaite déployer de manière plus systématique l'utilisation de l'échelle de Braden. Cet outil permet d'évaluer objectivement le risque d'escarre à partir de six critères (sensibilité, humidité, activité, mobilité, nutrition, frictions et cisaillements), afin de standardiser l'évaluation et de renforcer la prévention au sein de l'équipe soignante.

▪ **Évaluation sensorielle** :

Les troubles sensoriels sont fréquents chez les personnes âgées et impactent directement l'autonomie, la communication et la qualité de vie.

Cette évaluation permettra d'améliorer la communication avec le résident, d'adapter l'environnement (éclairage, repères, réduction du bruit...), d'anticiper les risques (désorientation, chutes, troubles du comportement ...), et d'optimiser le plan de soins global.

Les points suivants seront observés : vision, ouïe, toucher, goût et odorat.

Il est noté les aides déjà existantes comme le port de lunettes, de prothèses auditives, prothèses dentaires et leur utilisation ou non.

L'ensemble de ces évaluations gériatriques standardisées sera réalisé de manière pluridisciplinaire, permettant une approche globale, individualisée et évolutive de l'état de santé du résident. Elles constitueront le socle du projet de soins personnalisé et permettront d'orienter les actions de prévention, de surveillance et d'accompagnement au quotidien.

Les données recueillies seront centralisées et analysées par le médecin coordonnateur, en lien avec le cadre de santé, afin de garantir la cohérence des évaluations et leur intégration dans la prise en charge globale du résident. Cette organisation favorisera une adaptation continue des soins en fonction de l'évolution de l'état de santé.

Ces éléments permettront ainsi d'assurer la continuité et la personnalisation de la prise en charge, et serviront de base au chapitre suivant consacré aux soins personnalisés et préventifs.

2-3-2) Soins personnalisés et préventifs

2-3-2-1) La nutrition

La prise en charge nutritionnelle constitue un axe prioritaire du projet de soins de l'EHPAD, au regard de la vulnérabilité des personnes âgées accueillies et des conséquences de la dénutrition sur leur état de santé, leur autonomie et leur qualité de vie.

Les résidents présentent des besoins nutritionnels spécifiques liés à l'avancée en âge, aux pathologies chroniques, à la perte d'autonomie et aux troubles cognitifs. Une évaluation de l'état nutritionnel est réalisée dès l'admission, puis régulièrement tout au long du séjour, afin d'adapter la prise en charge aux besoins individuels. Cette évaluation prend en compte l'état général du résident, son niveau d'autonomie, ses habitudes alimentaires, ses capacités de mastication et de déglutition, ainsi que ses préférences. Ces éléments contribuent à l'élaboration du projet personnalisé.

La prévention de la dénutrition constitue une priorité pour l'établissement. Elle repose sur une organisation coordonnée impliquant une équipe référente composée d'un infirmier, de deux aides-soignants, d'un ASH, du cadre de santé et du médecin coordonnateur. Une surveillance régulière du poids est assurée par les équipes soignantes, permettant un repérage précoce des situations à risque. Les données sont tracées dans le Dossier Usager Informatisé TITANLINK, facilitant le suivi et la coordination.

En cas d'alerte, une évaluation approfondie est réalisée en lien avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur, afin de mettre en œuvre des mesures adaptées. En cas de dénutrition avérée, la prise en charge repose en première intention sur l'enrichissement de l'alimentation, puis, si nécessaire, sur la mise en place de compléments nutritionnels oraux (CNO). L'ensemble des professionnels devra être sensibilisé au repérage des signes de dénutrition.

L'établissement veille à adapter l'alimentation aux capacités et aux besoins de chaque résident, notamment en cas de troubles de la mastication ou de la déglutition. Des textures modifiées sont mises en place sur prescription médicale afin de garantir la sécurité alimentaire et de prévenir les risques de fausse route. Les textures lisses sont confectionnées par l'équipe de restauration.

Lorsque cela est nécessaire, une alimentation de type "manger-mains" peut également être proposée afin de favoriser l'autonomie, maintenir le plaisir alimentaire et sécuriser la prise des repas chez les résidents présentant des troubles cognitifs ou des difficultés importantes d'utilisation des couverts.

Le temps du repas constitue un moment de soin à part entière : les équipes assurent un accompagnement individualisé, respectueux du rythme et des capacités du résident. Elles adaptent leur niveau d'intervention. Des ajustements organisationnels, tels que des changements de place à table, peuvent être proposés. Des aides techniques adaptées (couverts ergonomiques, tapis antidérapants, verres à anses, pailles lorsque cela est pertinent, verres à encoche nasale) sont mises à disposition afin de favoriser l'autonomie et sécuriser la prise alimentaire.

Les menus sont élaborés dans le respect des recommandations nutritionnelles applicables aux personnes âgées et validés par CERENUT. Une attention particulière est portée à l'équilibre nutritionnel, à la variété des repas, à la qualité gustative et à l'adaptation aux régimes spécifiques. L'établissement veille à concilier les besoins nutritionnels et les préférences des résidents, afin de préserver le plaisir alimentaire. Une commission des menus, réunie quatre fois par an, associe les résidents et les professionnels dans une démarche participative visant à améliorer la qualité des prestations.

Au-delà de sa dimension nutritionnelle, le repas constitue un moment essentiel de convivialité et de socialisation. Les équipes veillent à proposer un environnement calme et adapté, respectueux du rythme des résidents. Des repères, tels que des sets de table colorés le dimanche, participent à la structuration du temps. L'accompagnement individualisé contribue à préserver l'autonomie et la dignité.

Les familles sont associées à la prise en charge nutritionnelle, dans le respect des souhaits du résident et de son projet personnalisé. Les professionnels assurent une information adaptée, favorisant la continuité et la cohérence de l'accompagnement.

Le suivi nutritionnel est assuré en coordination avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur, permettant une adaptation régulière de la prise en charge. Les équipes soignantes assurent la traçabilité dans le Dossier Usager Informatisé TITANLINK, garantissant la continuité et la sécurité des soins.

Dans une démarche d'amélioration continue, l'établissement poursuit le développement de ses pratiques, notamment en renforçant le repérage précoce des situations à risque, la formation des professionnels, la coordination pluridisciplinaire et la personnalisation de la prise en charge, au service de la qualité de vie et du bien-être des résidents.

2-3-2-2) Hygiène bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire constitue un déterminant essentiel des soins de santé, souvent sous-estimé mais crucial pour le bien-être général des résidents accueillis à l'EHPAD. Elle participe directement au maintien de l'état nutritionnel, à la prévention des infections, à la communication et à la dignité de la personne accompagnée.

Les résidents accueillis en EHPAD présentent fréquemment des facteurs de risque spécifiques, notamment liés à l'avancée en âge, à la dépendance, aux troubles cognitifs ou à certaines pathologies chroniques. Ces facteurs peuvent entraîner une altération de l'hygiène bucco-dentaire, favorisant l'apparition de douleur, d'infection, de troubles de l'alimentation conduisant à une dégradation de la qualité de vie.

Dans ce contexte, la prévention et la prise en charge de la santé bucco-dentaire constituent un axe important du Projet de Soins de l'établissement, s'inscrivant dans une démarche globale de prévention des risques et d'amélioration du confort des résidents.

L'hygiène bucco-dentaire est intégrée dans les soins quotidiens réalisés par les professionnels soignants, dans le respect des capacités, du degré d'autonomie et du consentement du résident.

Les aides-soignants, en collaboration avec les infirmiers, assurent l'accompagnement des résidents dans la réalisation des soins d'hygiène bucco-dentaire, notamment l'aide au brossage des dents ou des prothèses dentaires, l'entretien et la surveillance des prothèses, ainsi que le repérage des signes d'inconfort, de douleur ou de lésions buccales.

Ces observations sont tracées dans le Dossier Usager Informatisé TITANLINK.

Une vigilance particulière est portée aux résidents présentant des troubles cognitifs ou une perte d'autonomie, afin de prévenir les complications et de maintenir un niveau d'hygiène adapté.

Les équipes sont sensibilisées à l'importance de ces soins dans la prévention des complications et dans l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

Dans une volonté de renforcer la prévention et l'accès aux soins bucco-dentaires, l'EHPAD a développé un partenariat avec la faculté d'odontologie de Bordeaux, permettant l'intervention d'étudiants encadrés par des professionnels, dans une démarche de prévention et de sensibilisation.

Ce partenariat constitue un levier important pour favoriser le dépistage précoce des problématiques bucco-dentaires, renforcer la prévention auprès des résidents, améliorer l'accès à des actions adaptées et sensibiliser les équipes soignantes aux bonnes pratiques.

Ces interventions contribuent à la qualité de la prise en soins et s'inscrivent pleinement dans la dynamique d'amélioration continue portée par l'établissement.

Ce partenariat illustre l'engagement de l'EHPAD dans le développement d'actions innovantes et structurantes visant à renforcer la prévention et la qualité de l'accompagnement des résidents.

2-3-2-3) Prévention des chutes

Les chutes représentent un risque majeur pour les personnes âgées, en raison des conséquences physiques et psychologiques qu'elles peuvent entraîner. Environ un résident sur trois chute chaque année, avec une fréquence accrue chez les personnes fragiles, souvent atteintes de troubles cognitifs, de pathologies chroniques ou de déficiences motrices. Le Projet d'Établissement s'engage à mettre en place une politique active de prévention afin de garantir la sécurité, le confort et la qualité de vie des résidents.

La prévention des chutes s'inscrit dans une démarche globale de qualité et de bienveillance. Elle repose sur la coopération entre les équipes soignantes, les résidents et leurs proches. Les chutes sont systématiquement déclarées et décrites par les agents, puis analysées pour mettre en œuvre les actions préventives et correctives adaptées.

Les conséquences des chutes peuvent être graves, incluant fractures, hématomes, plaies, complications médicales et, à terme, une perte d'autonomie. Elles ont également un impact psychologique significatif, pouvant provoquer une perte de confiance en soi, la peur de chuter à nouveau, ainsi qu'un retrait social et un isolement.

Chaque résident bénéficie d'une évaluation du risque de chute dès l'admission, réalisée via l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS). Les chutes constatées sont analysées régulièrement par l'ergothérapeute et présentées en réunion pluridisciplinaire pour déterminer les actions adaptées, tant auprès de la personne que de son environnement. Le protocole existant reste à formaliser. Une intervention de la psychologue peut être envisagée pour prévenir ou traiter le syndrome post-chute et les conséquences émotionnelles. Les kinésithérapeutes et le professeur

d'activité physique adaptée (APA) contribuent également au maintien des capacités physiques des résidents.

L'EHPAD dispose de matériel adapté pour prévenir et gérer les chutes : aides à la marche, chaises percées, lève-personnes descendant jusqu'au sol, etc. Depuis la fin 2024, l'établissement s'est équipé d'un Raizer 2, dispositif médical innovant permettant de relever en toute sécurité une personne tombée au sol, sans effort physique pour les soignants et avec un maximum de confort pour le résident. Compact, léger et facile à assembler, le Raizer permet de remettre le résident en position assise puis debout en quelques minutes. Son utilisation réduit le risque de blessures musculo-squelettiques pour le personnel et simplifie l'intervention. Cependant, son usage reste peu répandu, probablement en raison d'un manque d'aisance des professionnels, d'habitudes de travail anciennes et d'une crainte de perte de temps. Il est essentiel, tant pour le confort des résidents que la sécurité des personnels, de développer l'utilisation de cet outil.

Dans le cadre du programme de prévention des chutes, des ateliers collectifs sont organisés par l'ergothérapeute.

Ces ateliers renforcent l'autonomie, enseignent des stratégies sécuritaires dans les gestes du quotidien et permettent de dédramatiser la chute. Chaque séance dure 45 à 60 minutes et se déroule une fois par semaine pendant cinq semaines. Les contenus reposent sur le partage d'expérience et l'acquisition de connaissances pratiques dans un environnement familier.

La participation aux ateliers de prévention des chutes est réservée aux résidents présentant un risque élevé de chute ou ayant déjà connu une chute grave. La capacité cognitive du résident doit permettre la compréhension et l'application des informations transmises. L'inscription se fait après validation par l'équipe et intégration dans le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP). L'adhésion volontaire du résident est requise, formalisée lors d'un entretien individuel, et la participation est conditionnée à l'absence de contre-indications médicales.

Le déroulement des séances est structuré pour aborder plusieurs dimensions essentielles. Les participants commencent par comprendre la chute, en identifiant les facteurs de risque, en prenant conscience des conséquences et en apprenant à gérer la peur de chuter ainsi que la conduite à tenir en cas de chute. Ils sont ensuite amenés à agir sur leur santé, par une meilleure connaissance de leurs pathologies et traitements, la prise en compte de l'alimentation et la sensibilisation aux mesures préventives telles que le choix du chaussage, l'utilisation d'aides techniques et l'accompagnement adapté. L'action sur le corps constitue une autre étape, avec un travail sur la posture, le schéma corporel, la stimulation motrice et l'utilisation des aides techniques disponibles. Les résidents sont également invités à agir sur leur environnement, en repérant les dangers et en proposant des adaptations sécuritaires pour limiter le risque de chute. Enfin, une séance pratique optionnelle peut être proposée, incluant des mises en situation de chute et le relevé au sol, ainsi qu'une sensibilisation aux aides techniques de relevage disponibles dans l'établissement, notamment le Raizer.

2-3-2-4) La contention

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la contention comme « l'utilisation de tout moyen, méthode, dispositif matériel ou médicament qui empêche ou limite les capacités de mouvement d'une personne ».

En gériatrie, la contention peut parfois être envisagée pour prévenir une chute ou un comportement dangereux. Cependant, elle comporte des risques physiques, tels que perte musculaire, escarres, blessures ou diminution de l'autonomie, ainsi que des risques psychologiques, comme le sentiment d'enfermement, la perte de dignité, l'apparition de troubles du comportement et l'isolement.

Elle soulève également des questions éthiques et juridiques importantes, car elle peut être perçue comme une atteinte à la liberté et à la dignité des résidents.

Avant toute mesure de contention, toutes les autres solutions doivent avoir été évaluées ou mises en œuvre. L'établissement privilégie autant que possible une politique de « zéro contention ».

La contention peut se présenter sous différentes formes : les contentions actives, appliquées par le soignant (comme les ceintures, gilets, pyjamas de confort ou contentions chimiques), et les contentions passives, limitant le mouvement sans intervention directe du soignant (telles que les barrières de lit, les freins de fauteuil ou l'inclinaison d'un fauteuil).

Le recours à la contention doit être justifié, proportionné et tracé dans le dossier du résident, conformément aux lois du 2 janvier 2022 et du 4 mars 2002.

La décision est prise par une équipe pluridisciplinaire, incluant médecins, infirmiers et autres professionnels, après avoir envisagé toutes les alternatives non contraignantes, et formalisée par une prescription médicale. Le consentement éclairé du résident est recherché et, s'il est incapable de donner son accord, la décision est prise avec la famille ou le représentant légal. Le résident et sa personne de confiance doivent être informés des raisons et de la durée prévue.

La mise en place de la contention doit se faire avec du matériel adapté, dans le respect du confort et de la sécurité du résident, et sa durée doit être limitée et régulièrement réévaluée.

Une traçabilité complète est obligatoire, incluant prescription, justification, information donnée et surveillance. L'équipe soignante veille à ce que la contention ne nuise pas à l'autonomie ni à la qualité de vie du résident.

Les alternatives à la contention doivent être systématiquement recherchées. Il s'agit notamment d'aménager l'environnement en fonction des capacités du résident, avec lits bas, tapis de sol, éclairage adapté et suppression des obstacles, d'utiliser des aides techniques comme des fauteuils adaptés, des systèmes d'alarme ou des dispositifs de relevage tels que le Raizer, de renforcer la surveillance avec présence humaine et rondes, et de mettre en œuvre des approches non pharmacologiques telles que des ateliers de stimulation, un accompagnement relationnel et la gestion de l'anxiété.

La formation des équipes est également essentielle pour sensibiliser aux risques liés à la contention et aux solutions alternatives.

Dans le respect des recommandations de la HAS, l'établissement s'inscrit dans une démarche de « zéro contention », visant à supprimer toute utilisation systématique et à n'y recourir qu'en dernier recours, de manière exceptionnelle.

Cette approche repose sur la prévention des situations à risque, l'analyse individualisée des besoins du résident et la mise en place prioritaire d'alternatives non contraignantes. Elle mobilise l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et garantit le respect des droits fondamentaux des résidents, notamment leur liberté de mouvement et leur dignité.

2-3-2-5) Prévention et prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur en EHPAD constitue un enjeu majeur en raison de la vulnérabilité des personnes âgées accueillies. Elle représente une problématique fréquente, souvent complexe, en lien avec la présence de polyopathologies, de troubles cognitifs et d'une perte d'autonomie. La douleur a un impact direct sur la qualité de vie des résidents, altérant leur bien-être, leur autonomie et leur état général. Sa prise en compte participe pleinement au respect de la dignité de la personne et s'inscrit dans une démarche de soins globale et individualisée.

Chez la personne âgée, l'identification de la douleur peut s'avérer difficile. Son expression est parfois altérée ou atypique, notamment en raison de la pudeur, de la crainte de déranger les soignants, des troubles cognitifs ou encore des altérations sensorielles liées au vieillissement.

La douleur peut alors se manifester de manière indirecte, à travers des troubles du comportement, une agitation, un repli sur soi ou une diminution de la participation aux activités. Face à ces situations, l'équipe soignante doit faire preuve de vigilance et s'appuyer sur une observation clinique fine ainsi que sur des outils d'évaluation adaptés à l'état cognitif du résident. Ces évaluations sont tracées dans le Dossier Usager Informatisé TITANLINK, permettant d'assurer un suivi structuré, continu et partagé entre les professionnels.

La prise en charge thérapeutique nécessite une approche individualisée et prudente, en raison des risques liés à la polymédication et à la fragilité des résidents.

Les traitements antalgiques sont prescrits en tenant compte de l'état clinique, des fonctions rénale et hépatique, des capacités de déglutition et de la présence éventuelle de troubles cognitifs ou comportementaux. L'adaptation des modalités d'administration, notamment par l'utilisation de dispositifs transdermiques ou l'ajustement des formes galéniques, permet d'optimiser l'efficacité des traitements.

Une réévaluation régulière est indispensable afin d'ajuster les prescriptions et de surveiller les effets secondaires. L'ensemble de ces éléments fait l'objet d'une traçabilité rigoureuse dans le dossier informatisé.

En complément des traitements médicamenteux, des approches non médicamenteuses sont mises en œuvre afin d'améliorer le confort du résident. La kinésithérapie, le toucher relationnel, le toucher-massage, les techniques de relaxation ou encore l'accompagnement psychologique participent à une prise en charge globale de la douleur. Lorsque la situation le nécessite, des ressources spécialisées peuvent être sollicitées, notamment les équipes mobiles de soins palliatifs ou les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur.

La douleur peut également avoir des répercussions importantes sur le plan psychologique et social. Elle favorise le repli sur soi, l'isolement, la perte d'autonomie et peut contribuer à l'apparition d'un syndrome dépressif.

Elle impacte également les proches et les professionnels, pouvant générer une charge émotionnelle importante. Sa prise en compte contribue ainsi à préserver le bien-être global du résident et à maintenir une qualité de vie satisfaisante.

Dans ce contexte, la prise en charge de la douleur s'intègre pleinement dans l'accompagnement global du résident. Elle nécessite une coordination étroite entre les différents professionnels intervenant au sein de l'établissement, notamment les infirmiers, les aides-soignants, les médecins, les psychologues et les kinésithérapeutes.

Cette approche pluridisciplinaire permet d'assurer un repérage précoce, une évaluation adaptée et une prise en charge cohérente et continue. Le cadre de santé joue un rôle central dans cette organisation en veillant à la qualité des pratiques, à la coordination des interventions et au développement des compétences des équipes.

La traçabilité dans le Dossier Usager Informatisé TITANLINK constitue un élément essentiel de cette prise en charge. Elle permet de consigner les évaluations de la douleur, les traitements mis en place, leur efficacité ainsi que les effets indésirables observés. Elle garantit la continuité des soins, facilite la communication entre les professionnels et contribue à la sécurisation de la prise en charge. Une traçabilité rigoureuse permet également d'assurer un suivi dans le temps et d'adapter les interventions en fonction de l'évolution de l'état du résident.

Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, la prise en charge de la douleur fait l'objet d'une attention constante. Le **développement des compétences des professionnels, l'utilisation d'outils adaptés et le renforcement des pratiques de traçabilité** contribuent à garantir une prise en charge globale, individualisée et respectueuse du confort, du bien-être et de la dignité des résidents accueillis en EHPAD.

2-3-2-6) Prise en charge de la continence

La prise en charge de l'incontinence vise à préserver autant que possible la continence du résident, tout en maintenant sa dignité, son confort et son bien-être. Elle contribue également à limiter les complications cutanées, telles que les irritations et les escarres, et à prévenir le risque de perte d'autonomie.

Il est essentiel d'encourager et d'accompagner l'installation du résident sur les toilettes ou sur le bassin, afin de stimuler les sphincters, préserver les repères corporels et soutenir l'autonomie dans les gestes du quotidien.

Les principes de prise en charge seront d'adapter le type et la taille des protections selon les besoins, le degré de dépendance, le confort et la mobilité du résident afin d'assurer l'efficacité et d'éviter les fuites ou irritations cutanées ; de respecter le rythme et les habitudes du résident, en favorisant son confort et son intimité, d'utiliser du matériel technique adéquat comme les urinaux, bassins, fauteuils garde-robe, et étuis péniens.

Afin d'assurer une continuité des soins et un suivi en équipe, les changements de protection seront tracés, coordonnés et discutés en équipe.

Le rôle du « référent incontinence » a une importance capitale pour transmettre les bonnes pratiques auprès des nouveaux soignants.

Chaque soignant peut alors guider, orienter et accompagner le résident dans la gestion de l'incontinence. La psychologue pourra ainsi travailler sur l'acceptation de la mise en place de protection afin que les soins puissent être mieux consentis.

2-3-2-7) La gestion des plaies et la prévention des escarres

La prévention des escarres (ou plaies de pression) est un enjeu pour la qualité des soins et le bien-être des résidents. Ces plaies peuvent causer de graves complications chez les personnes âgées qui présentent fréquemment des facteurs de risque tels que l'immobilité, la dénutrition, des troubles de la circulation sanguine, une fragilité cutanée ou encore l'incontinence. Les escarres peuvent entraîner des douleurs importantes, des infections, une perte d'autonomie et une altération de la qualité de vie.

La prévention des escarres repose sur une approche globale impliquant des actions de surveillance, des soins adaptés et une gestion proactive des facteurs de risque.

Afin de limiter leur apparition, une démarche de prévention est mise en place par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Elle repose sur une évaluation régulière du risque d'escarre, une surveillance quotidienne de l'état cutané, ainsi que sur la mise en œuvre d'actions adaptées. Parmi ces actions figurent les changements de position réguliers, l'utilisation de supports dédiés

(matelas ou coussins anti-escarres), le maintien d'une hygiène et d'une hydratation cutanée correcte, ainsi que la prévention de la dénutrition et de la déshydratation.

La prévention des escarres nécessite également une collaboration étroite entre les professionnels de santé (infirmiers, aides-soignants, médecins, kinésithérapeutes...) afin d'assurer une prise en charge globale et individualisée du résident.

Les professionnels sont formés et sensibilisés aux mesures de prévention et l'EGS permet une évaluation dès l'entrée dans l'établissement puis à chaque changement d'état significatif. L'évaluation du risque d'escarre est réalisée à l'aide de l'échelle de Braden.

Ainsi, les professionnels veillent :

- À la mobilisation régulière des résidents et aux changements de position à intervalles réguliers
- Au suivi régulier de l'état de la peau, indispensable pour détecter rapidement tout signe de rougeur ou d'irritation, signes précoces d'escarres
- À procéder à l'effleurage sur l'apparition éventuelle de rougeurs sur les points d'appui
- À se référer aux protocoles pansements
- À surveiller l'incontinence
- À limiter les contentions
- Au suivi de la nutrition et de l'hydratation
- À l'utilisation de matériel adapté

L'EHPAD dispose de suffisamment de matériel pour prévenir et aider au traitement des escarres. Les lits médicalisés sont constitués de matelas mousse haute densité (préventifs). Ces derniers peuvent être remplacés par des matelas à airs curatifs selon le besoin.

Pour le positionnement assis, il existe des coussins anti-escarres de différentes densités pour répondre aux besoins préventifs et posturaux. Des coussins à air dynamiques sont également disponibles en locations si nécessaire.

2-3-3) Accompagnement psychologique et prise en soins des troubles neurodégénératifs et comportementaux

2-3-3-1) Accompagnement psychologique et comportemental

L'établissement dispose d'une psychologue à mi-temps, intégrée à l'équipe pluridisciplinaire. Elle intervient auprès des résidents, des familles et des professionnels, contribuant ainsi à une prise en charge globale, personnalisée et continue, inscrite dans le respect des droits, de la dignité et de la singularité de chaque personne accompagnée.

Dans ce cadre, son action s'articule autour de deux axes complémentaires : l'accompagnement individuel des résidents et le soutien aux équipes.

● **Un accompagnement individualisé des résidents**

La psychologue propose un accompagnement psychologique adapté aux besoins de chaque résident, notamment lors de l'entrée en établissement, période charnière nécessitant un soutien spécifique face aux changements liés à l'avancée en âge et à la perte de repères.

Le recueil de l'histoire de vie constitue un levier essentiel dans la compréhension des fragilités psychiques et permet d'ajuster la fréquence et la nature du suivi. Cette démarche s'inscrit dans une logique de personnalisation des soins et de continuité du parcours de vie.

Elle contribue à la prévention, au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique (troubles anxieux, troubles de l'humeur, isolement, vécu de perte). Un travail thérapeutique est engagé autour de l'expression des émotions, de leur compréhension et du développement de stratégies d'adaptation.

L'accompagnement vise également à préserver l'identité, l'estime de soi et la qualité de vie des résidents.

Une vigilance particulière est portée au repérage et au suivi du risque suicidaire, pouvant survenir de manière ponctuelle ou chronique. L'évaluation s'appuie notamment sur des outils structurés tels que la méthode RUD (Risque, Urgence, Dangerosité), permettant d'objectiver la situation et d'adapter les actions à mettre en œuvre.

La psychologue participe par ailleurs à l'évaluation et au suivi des troubles cognitifs et des troubles du comportement, en lien avec les pathologies neurodégénératives, dans une approche globale et coordonnée.

● **Une contribution active au travail pluridisciplinaire**

La psychologue intervient en appui des équipes soignantes et médico-sociales, en apportant un éclairage clinique sur les situations complexes. Elle participe ainsi à l'ajustement des pratiques professionnelles et à l'élaboration de réponses adaptées aux besoins des résidents.

Elle s'inscrit dans une dynamique de soutien aux professionnels à travers :

- un échange autour des pratiques professionnelles,
- des actions de sensibilisation aux enjeux psychiques du vieillissement,
- la promotion d'une culture de la bientraitance et du respect de la personne.

Elle contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets personnalisés, en articulation étroite avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Dans certaines situations, elle peut assurer un rôle de médiation entre les résidents, leurs proches et les professionnels, favorisant la qualité du lien et la compréhension mutuelle.

Son implication s'étend également aux réflexions institutionnelles et aux projets transversaux, participant ainsi à la diffusion d'une culture professionnelle centrée sur le bien-être psychique et la qualité de vie des personnes âgées accueillies.

Enfin, elle prend part à l'accompagnement de la fin de vie, en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire, dans le respect des souhaits du résident et de ses proches.

2-3-3-2) Développement des compétences et formation des professionnels

L'établissement inscrit le développement des compétences des professionnels comme un levier essentiel d'amélioration continue de la qualité des soins et de l'accompagnement.

Dans ce cadre, une majorité des professionnels a bénéficié, ces dernières années, de formations ciblées autour :

- Des troubles psychiatriques de la personne âgée,
- De la psychopathologie du sujet âgé, notamment en lien avec les maladies neurodégénératives,
- De la gestion de l'agressivité et des troubles du comportement.

Ces actions de formation permettent de renforcer les compétences des équipes dans l'analyse des situations complexes et l'adaptation des pratiques professionnelles aux besoins spécifiques des résidents.

Plus récemment, une partie des professionnels a été formée à l'hypnose thérapeutique, intégrée comme approche complémentaire non médicamenteuse. Cette pratique contribue à la gestion de l'anxiété, des états de tension et des manifestations psychosomatiques simples. Elle constitue un outil pertinent dans l'accompagnement des angoisses et des épisodes de panique, tout en favorisant la détente et le bien-être.

Par ailleurs, les équipes soignantes développent des accompagnements thérapeutiques individualisés, pouvant prendre différentes formes :

- temps d'échange et d'écoute active,
- activités ludiques et relationnelles,
- accompagnement à la marche,
- soins de confort et de bien-être (notamment soins esthétiques).

Ces interventions participent au maintien du lien, à la stimulation des capacités préservées et à l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

Dans une logique d'adaptation des soins, des toilettes thérapeutiques peuvent être mises en œuvre auprès des résidents présentant des refus ou des réticences aux soins d'hygiène. Ces

pratiques reposent sur une approche personnalisée, respectueuse du rythme et des habitudes de la personne, et mobilisent des compétences relationnelles renforcées. Elles visent à restaurer la confiance, à diminuer l'anxiété liée au soin et à favoriser l'adhésion du résident.

2-3-3-3) Partenariats et interventions extérieures spécialisées

Afin de garantir une prise en charge adaptée et coordonnée des troubles psychiques et psychiatriques, l'établissement s'appuie sur des partenariats structurés avec des acteurs spécialisés du territoire.

Une convention est établie avec le Centre Hospitalier de Brive ainsi qu'avec le Centre Médico-Psychologique (CMP) du pôle de psychiatrie. Dans ce cadre, une infirmière du CMP intervient au sein de l'établissement à raison d'une fois par mois. Elle assure le suivi de certains résidents en lien étroit avec l'équipe pluridisciplinaire et en coordination avec un psychiatre, permettant ainsi une évaluation régulière des situations et un ajustement des traitements si nécessaire.

L'accès à ce dispositif est formalisé par une demande conjointe du médecin traitant et de l'équipe soignante, garantissant la pertinence des orientations et la traçabilité des prises en charge.

Une convention formalise ce partenariat, permettant de structurer les modalités d'intervention et de renforcer l'appui aux professionnels.

Par ailleurs, les résidents peuvent bénéficier de consultations régulières auprès de psychiatres, en fonction de leurs besoins spécifiques.

L'établissement s'appuie également sur une équipe mobile dédiée à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, portée par l'ADAPEI de la Corrèze. Cette équipe peut intervenir pour réaliser des évaluations spécialisées et soutenir les équipes dans la prise en charge de situations complexes.

L'ensemble de ces collaborations s'inscrit dans une logique de parcours de soins coordonné, visant à sécuriser les prises en charge, à renforcer l'expertise mobilisable et à améliorer la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents.

2-3-3-4) Déploiement d'approches non médicamenteuses : le chariot multisensoriel

Dans une dynamique d'amélioration continue des pratiques et de diversification des approches non médicamenteuses, l'établissement s'est doté en 2025 d'un chariot multisensoriel, dédié à la prise en charge des troubles du comportement et de l'anxiété.

Cet outil s'inscrit pleinement dans une approche globale, centrée sur la personne, visant à proposer des alternatives aux traitements médicamenteux, en particulier dans l'accompagnement des troubles psycho-comportementaux liés aux pathologies neurodégénératives.

Le chariot multisensoriel permet de mobiliser différents leviers sensoriels afin de favoriser l'apaisement, la régulation émotionnelle et le bien-être des résidents. Il intègre notamment :

- des supports de stimulation tactile, visuelle, auditive et olfactive,
- des objets médiateurs tels que des poupées d'empathie,
- des dispositifs de relaxation, dont une couverture lestée.

Ces outils permettent au résident de se recentrer sur des stimulations sensorielles adaptées, facilitant ainsi l'expression des émotions, la diminution de l'anxiété et la prévention des situations d'agitation ou de crise.

L'utilisation du chariot s'inscrit dans une démarche individualisée, en fonction des besoins, des capacités et des préférences de chaque résident. Elle mobilise les compétences relationnelles des professionnels et s'intègre dans le projet personnalisé de soins.

Le chariot multisensoriel a été installé dans un espace stratégique de l'établissement, permettant un accès facilité aussi bien pour les équipes de jour que pour les équipes de nuit. Cette organisation vise à garantir sa disponibilité en continu et à favoriser son utilisation réactive en fonction des besoins des résidents, dans une logique de prise en charge adaptée et sécurisée des troubles du comportement et de l'anxiété.

Dans cette perspective, son appropriation par les équipes soignantes sera progressivement développée, en lien étroit avec l'animatrice et la psychologue. Il est notamment attendu que la psychologue présente régulièrement le chariot lors des transmissions afin de favoriser sa bonne utilisation et son intégration dans les pratiques d'accompagnement.

Par ailleurs, l'animatrice assurera l'enrichissement des supports présents sur le chariot, en s'appuyant sur une formation récente portant sur la réalisation d'activités flash, permettant ainsi de diversifier et d'adapter les propositions d'animation aux besoins des résidents.

Ce dispositif constitue un levier complémentaire pour renforcer la qualité de l'accompagnement, soutenir les équipes dans la gestion des troubles du comportement et promouvoir une approche bienveillante, respectueuse du rythme et de la singularité de la personne âgée.

2-3-3-5) Le PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés)

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) constitue une unité spécifique intégrée à l'EHPAD, dédiée à l'accompagnement en journée des résidents présentant des maladies neurodégénératives ou des troubles du comportement modérés.

Il propose des activités sociales et thérapeutiques adaptées, dans un environnement sécurisé, contenant et apaisant. Son objectif est de maintenir, stimuler et, lorsque cela est possible, réhabiliter les capacités cognitives, fonctionnelles, sensorielles et relationnelles des résidents, tout en favorisant leur bien-être et leur qualité de vie.

Le PASA s'inscrit dans une stratégie globale de prévention des troubles du comportement, de limitation des hospitalisations évitables et de maintien des résidents dans leur lieu de vie, dans des conditions adaptées pour eux-mêmes et leur entourage.

● Organisation et ressources

Implanté au sein de l'établissement depuis février 2012, le PASA accueille jusqu'à quatorze résidents par jour, pour une file active d'environ trente bénéficiaires.

L'accompagnement est assuré par une équipe dédiée composée de professionnels formés aux troubles cognitifs et aux pathologies neurodégénératives (AES, AMP/ASG). La stabilité de cette équipe constitue un facteur clé de qualité, favorisant la continuité de l'accompagnement, une connaissance fine des résidents et l'instauration d'une relation de confiance.

Les professionnels structurent la journée autour de repères temporels et d'activités ritualisées, contribuant à sécuriser les résidents et à réduire l'anxiété liée aux troubles cognitifs.

● Articulation pluridisciplinaire et coordination

Le PASA fonctionne en étroite collaboration avec l'ensemble des équipes de l'EHPAD. Les échanges réguliers permettent :

- d'adapter les accompagnements en fonction de l'évolution des troubles,
- de partager les observations cliniques,
- d'assurer la cohérence des pratiques professionnelles.

Les actions menées font l'objet d'une traçabilité dans le dossier de soins, et les professionnels du PASA s'inscrivent dans une dynamique collaborative, intégrant les retours des équipes et contribuant à l'amélioration continue des pratiques.

La coordination est assurée par le médecin coordonnateur, la psychologue et la cadre de santé, en lien avec l'équipe d'animation.

● Critères d'admission et modalités d'intégration

L'accès au PASA est réservé aux résidents de l'EHPAD présentant des troubles du comportement modérés, en lien avec une pathologie neurodégénérative.

L'évaluation repose sur une analyse pluridisciplinaire incluant notamment une évaluation cognitive (type MMSE) et des troubles du comportement (type NPI-ES), permettant d'objectiver les besoins :

- Démence légère à modérée principalement,
- Possibilité d'adaptation pour certaines situations spécifiques (troubles anxio-dépressifs, besoins d'accompagnement renforcé, troubles du comportement).

L'intégration au PASA est progressive, adaptée au rythme du résident et aux objectifs thérapeutiques définis.

Le consentement éclairé du résident est systématiquement recherché. Le cas échéant, la personne de confiance ou le représentant légal est associé à la démarche afin de garantir la compréhension et l'adhésion au projet d'accompagnement.

L'intégration comme la sortie du PASA nécessitent également une information claire et une explication auprès du résident et de sa famille. Un accord écrit sera recueilli afin de formaliser la décision et de garantir la traçabilité de la démarche dans le cadre du projet de soins.

● Projet thérapeutique et programme d'activités

Le PASA s'appuie sur un programme d'activités individualisé, construit en cohérence avec le projet personnalisé de chaque résident.

Les activités proposées visent plusieurs objectifs :

- **Maintien des capacités physiques** : gymnastique douce, marche, danse (prévention des chutes, coordination, équilibre)
- **Stimulation sensorielle** : musique, ateliers culinaires, stimulation olfactive, toucher thérapeutique (apaisement, éveil sensoriel)
- **Stimulation cognitive** : exercices adaptés visant la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives
- **Renforcement du lien social** : activités collectives, jardinage, médiation animale (lutte contre l'isolement, apathie et agitation)

La participation des résidents est encouragée dans une logique de libre adhésion. Le programme est flexible et s'adapte aux capacités, aux envies et à la fatigabilité de chacun (possibilité de participation à la demi-journée).

Chaque activité fait l'objet d'une évaluation tracée dans le dossier de soins (participation, comportement, communication, motricité), permettant un suivi de l'évolution du résident et un ajustement des accompagnements.

● Organisation de la journée

La journée type au PASA est structurée autour de temps repères favorisant la sécurité psychique :

- Accueil convivial autour d'un temps d'échange et café de bienvenue,
- Activités thérapeutiques adaptées en matinée,
- Déjeuner participatif valorisant les capacités et l'autonomie,
- Temps de repos ou activités calmes,
- Activités de l'après-midi ajustées aux capacités des résidents et à leurs fatigabilités,
- Goûter et temps de clôture.

● Place des proches

Dans une démarche d'accompagnement global, les proches peuvent être associés, avec l'accord du résident, à certains temps de vie au PASA. Cette ouverture contribue au maintien du lien social et à l'implication des aidants.

● Modalités de sortie

La sortie du PASA est décidée de manière pluridisciplinaire, au regard :

- de l'évolution des troubles,
- de l'adhésion du résident,
- de la dynamique de groupe,
- de l'atteinte des objectifs thérapeutiques.

Le résident et ses proches seront systématiquement informés des décisions prises, dans une logique de transparence et de continuité du parcours.

2-3-4) Les soins palliatifs

2-3-4-1) Les directives anticipées

Dans la prise en soin des résidents, le respect de leurs droits, de leur dignité et de leur autonomie constitue un principe fondamental du soin. Les directives anticipées permettent à toute personne majeure d'exprimer à l'avance ses volontés concernant les soins et les traitements qu'elle souhaiterait recevoir ou refuser dans le cas où elle ne serait plus en mesure de communiquer ses décisions. Ce dispositif vise à garantir que les choix thérapeutiques réalisés respectent au mieux les valeurs, les souhaits et les convictions de la personne soignée.

En France, les directives anticipées sont encadrées par la Loi Claeys-Leonetti, qui renforce les droits des patients en matière de fin de vie et affirme la nécessité de prendre en compte leur volonté dans les décisions médicales. Cette loi s'inscrit dans une démarche visant à éviter l'obstination déraisonnable et à favoriser une prise en charge respectueuse de la personne, notamment dans les situations de maladie grave, chronique ou en phase avancée.

Dans ce contexte, les soignants, et notamment la psychologue, jouent un rôle essentiel dans l'information, l'accompagnement et l'écoute des résidents.

Les directives anticipées constituent un outil essentiel pour garantir le respect des volontés du patient. Elles permettent d'assurer une prise en charge plus humaine, éthique et personnalisée. Dans le cadre du projet de soins, leur prise en compte favorise une meilleure collaboration entre le patient, ses proches et les professionnels de santé, tout en guidant les décisions médicales lorsque la personne ne peut plus exprimer ses choix.

Dans une démarche d'amélioration continue, le recueil des directives anticipées sera renforcé, avec un rôle accru de la psychologue dans l'accompagnement des résidents à leur expression et à leur formalisation, tout en respectant pleinement la possibilité pour la personne de ne pas en déterminer.

La diffusion de ces informations sera intégrée au dossier de soins afin d'en garantir l'accessibilité à l'ensemble des professionnels. Elles seront systématiquement reportées dans le dossier de soins informatisé ainsi que dans le dossier papier, afin d'assurer une traçabilité fiable et une prise en compte effective dans les décisions de prise en charge.

Cette organisation visera à améliorer la continuité des soins et à garantir le respect des volontés du résident tout au long de son parcours au sein de l'établissement.

2-3-4-2) Collaboration avec l'Hospitalisation À Domicile (HAD) dans le cadre des soins palliatifs

Dans le cadre de l'accompagnement des résidents en situation de fin de vie, l'établissement s'inscrit dans une démarche proactive de collaboration avec l'Hospitalisation À Domicile (HAD) de Tulle. Cette coopération vise à anticiper les situations de dégradation de l'état de santé, à sécuriser les prises en charge et à garantir le respect des souhaits du résident, notamment celui de ne pas être hospitalisé.

Cette organisation repose sur la mise en place d'une préadmission en HAD, appelée « dossier dormant ». Ce dispositif permet une réactivité accrue lorsque l'état du résident nécessite une prise en charge palliative renforcée.

L'inscription dans ce dispositif répond à des critères définis. Elle concerne les résidents dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à court ou moyen terme, ayant exprimé leur souhait de rester au sein de l'établissement. Une réflexion collégiale est alors menée avec le médecin traitant afin d'envisager une éventuelle limitation ou adaptation des traitements. L'adhésion du médecin traitant, du résident et/ou de sa personne de confiance ou de son entourage constitue un préalable indispensable.

Dès lors qu'une situation à risque est identifiée par l'équipe pluridisciplinaire, le médecin traitant est sollicité afin d'obtenir son accord pour une évaluation anticipée par l'HAD. L'infirmière de l'établissement assure ensuite une information claire et adaptée auprès du résident et de ses proches concernant les objectifs et les modalités du « dossier dormant ». Le consentement est recueilli dans ce cadre, puis l'équipe complète l'accompagnement en répondant aux questions éventuelles.

Une évaluation anticipée est réalisée en lien avec l'HAD, sous réserve de l'éligibilité du résident au dispositif. Lorsque celle-ci est validée, des prescriptions anticipées peuvent être établies par un médecin de l'équipe de soins palliatifs, permettant de prévoir la prise en charge des symptômes de fin de vie.

Lorsque l'état du résident évolue vers une phase palliative avancée, notamment en présence de signes d'inconfort physique ou psychique objectivés par des outils d'évaluation adaptés, le médecin traitant est informé. En fonction de la situation, il valide la mise en œuvre des prescriptions anticipées.

Suite à cette validation, l'équipe infirmière contacte l'HAD dans les plus brefs délais afin d'organiser la mise à disposition du matériel nécessaire, notamment les dispositifs d'administration continue et les traitements associés. Une coordination étroite s'instaure alors entre les équipes de l'établissement et celles de l'HAD.

Une information est systématiquement délivrée au résident et à ses proches concernant la mise en place des traitements, dans un souci de transparence, de compréhension et d'accompagnement.

Tout au long de la prise en charge, une réévaluation régulière est assurée par l'équipe soignante, en lien avec l'HAD, permettant un ajustement des thérapeutiques en fonction de l'évolution de l'état du résident et garantissant un accompagnement centré sur le confort et la qualité de vie.

Au moment du décès, l'HAD est informée et intervient au sein de l'établissement afin de récupérer le matériel mis à disposition ainsi que les traitements non utilisés, assurant ainsi la continuité et la sécurisation du dispositif.

2-3-4-3) Accompagnement du résident et des familles

• Repérer les besoins des résidents

Au sein de l'établissement, lorsqu'un résident est en phase palliative et/ou en stade terminal, l'équipe soignante veille en priorité à son confort et adapte l'accompagnement à ses besoins, à son rythme et à ses souhaits.

La famille est informée par le médecin traitant ou par les infirmières de l'évolution de l'état de santé de son proche, afin qu'elle puisse être présente si elle le souhaite. Lorsque l'équipe constate une dégradation de l'état de santé, une réflexion est menée en équipe et le médecin traitant est sollicité, notamment dans la perspective de la mise en place d'un dossier dormant avec l'HAD.

Dans une démarche centrée sur la qualité de vie, une alimentation « plaisir » peut être proposée en lien avec les équipes de cuisine, en respectant les envies du résident tout en tenant compte de ses capacités de déglutition.

Les aides-soignants adaptent leur accompagnement au quotidien en fonction des besoins et des souhaits du résident (rester au lit, limiter les soins, respecter son rythme...). En cas d'alitement prolongé, un matelas à air est installé afin de prévenir les risques cutanés, en complément des mesures de prévention des escarres.

Une évaluation régulière de la douleur est réalisée afin de garantir le confort du résident. En cas de souffrance psychique, la psychologue de l'établissement peut intervenir auprès du résident et de sa famille.

Le médecin traitant adapte également les traitements en allégeant ceux pris par voie orale, en dehors de ceux nécessaires au soulagement de la douleur et de l'anxiété, tant que la prise reste possible. Lorsque ce n'est plus le cas, les traitements sont réajustés, notamment dans le cadre du dispositif HAD.

- **Réévaluation des situations de fin de vie**

L'état de santé du résident est réévalué quotidiennement. Lorsque la situation évolue vers une phase de fin de vie, avec une altération de la conscience, l'équipe met en place des actions adaptées afin de garantir son confort et sa dignité.

L'équipe reste disponible pour accompagner les proches, répondre à leurs questions et les soutenir. Les familles qui le souhaitent peuvent être présentes jour et nuit auprès de leur proche, avec la possibilité de disposer d'un lit d'appoint. Elles peuvent également participer à l'accompagnement si elles le désirent.

Certaines mesures sont ajustées à cette phase. L'alimentation et l'hydratation peuvent être arrêtées lorsqu'elles ne sont plus adaptées. Les soins d'hygiène deviennent des soins de confort, réalisés au lit, souvent à deux professionnels, et limités aux soins essentiels.

Des soins de bouche sont réalisés régulièrement afin de limiter l'inconfort lié à la sécheresse buccale, à l'aide de compresses humidifiées, de bâtonnets adaptés ou d'un brumisateur.

La prévention des escarres est maintenue plusieurs fois par jour sur les points d'appui, avec l'utilisation de produits adaptés.

Enfin, des évaluations régulières de la douleur sont réalisées par les aides-soignants et les infirmiers afin d'ajuster les traitements et de garantir le confort du résident jusqu'à la fin de vie.

2-3-4-4) Le décès, les funérailles et le deuil

- **Anticipation de l'organisation**

Dans la mesure du possible, un temps d'échange est proposé à la famille avant le décès afin d'anticiper l'organisation des suites. Cela permet notamment d'aborder le choix des pompes funèbres si celui-ci n'a pas encore été fait.

Ce moment est également l'occasion de recueillir les souhaits particuliers du résident ou de ses proches (vêtements, objets personnels, présence d'une photo, rites spécifiques...). Cette anticipation permet de respecter au mieux les volontés de chacun et de faciliter les démarches au moment du décès.

- **Prendre en charge le corps du défunt**

Lorsqu'un résident est retrouvé décédé, la première étape consiste à faire établir le certificat de décès par le médecin traitant, un médecin de garde ou, le cas échéant, par une infirmière habilitée.

La famille est ensuite informée avec attention et bienveillance. L'équipe soignante réalise les soins post-mortem dans le respect de la dignité du défunt et veille à offrir un environnement calme et soigné.

Les proches sont accueillis s'ils souhaitent se recueillir auprès du défunt. Un bracelet d'identification est mis en place, les effets personnels sont préparés et restitués à la famille, et le dossier administratif est traité.

Même si le moment est délicat, les modalités de libération de la chambre sont expliquées avec tact à la famille, ainsi que les démarches administratives associées.

Les pompes funèbres sont contactées par l'infirmière. Lors de leur arrivée, les documents nécessaires leur sont remis, ainsi que les vêtements choisis et les éventuelles consignes particulières. L'accompagnement par l'équipe soignante s'achève à cette étape.

• **Soutenir les proches**

L'accompagnement des proches se poursuit après le décès. L'équipe reste disponible pour répondre aux questions, reformuler si besoin les événements et offrir un espace d'écoute.

Les professionnels adoptent une posture d'empathie, de respect et de non-jugement. Si nécessaire, un accompagnement par la psychologue peut être proposé aux proches.

Enfin, une carte de condoléances est adressée par l'établissement, témoignant de l'attention portée au résident et à sa famille, ainsi que du lien établi durant son accompagnement.

2-3-4-5) Accompagnement des professionnels

Le décès d'un résident peut avoir un impact émotionnel important sur les professionnels, en particulier lorsque la relation a été longue ou marquante.

Afin de soutenir les équipes, des temps d'échange peuvent être proposés, à l'initiative des professionnels ou avec l'appui de la psychologue, notamment lors des transmissions. Ces temps permettent de partager les ressentis, de prendre du recul et de maintenir une cohésion d'équipe.

Ils contribuent également à prévenir l'épuisement émotionnel et à accompagner les professionnels dans leur pratique.

En cas de situation plus difficile (décès brutal, contexte familial complexe, situation marquante), un temps de débriefing plus formalisé peut être organisé avec l'encadrement ou la psychologue.

L'établissement veille ainsi à reconnaître l'impact émotionnel lié à l'accompagnement de la fin de vie et met en place des actions de soutien adaptées. Cette démarche participe à la qualité de vie au travail et permet aux professionnels de maintenir une posture soignante juste, sécurisée et bienveillante.

2-3-5) Sécurisation du circuit du médicament

2-3-5-1) Objectifs

La sécurisation du parcours du médicament vise à garantir, pour chaque résident, une prise en charge médicamenteuse efficace, adaptée et sécurisée, tout en limitant le risque d'événements indésirables liés aux traitements. Ces risques sont particulièrement élevés chez la personne âgée en raison de la polymédication, de la fragilité, des troubles cognitifs, de l'insuffisance rénale et du risque de chute.

Le circuit du médicament constitue un critère impératif dans l'évaluation des EHPAD selon la Haute Autorité de Santé. Il fait partie des éléments essentiels garantissant la qualité et la sécurité des soins, en encadrant l'ensemble des étapes, de la prescription à l'administration des traitements. Sa maîtrise est indispensable pour prévenir les erreurs médicamenteuses, assurer la traçabilité et protéger les résidents, ce qui en fait un axe prioritaire dans l'évaluation des établissements.

2-3-5-2) Organisation et responsabilités

La sécurisation du circuit du médicament repose sur une organisation coordonnée impliquant différents acteurs :

- le médecin traitant, chargé de la prescription et de sa réévaluation,
- le médecin coordonnateur, en appui à la coordination et à la démarche qualité, contribuant à la sécurisation du circuit du médicament, à l'harmonisation des pratiques et à la prévention des risques iatrogènes en lien avec les médecins traitants et les équipes soignantes,
- l'équipe infirmière, responsable de la préparation, de l'administration, de la surveillance et de la traçabilité, et de l'observation des effets secondaires,
- la pharmacie d'officine selon l'organisation retenue, la délivrance et la préparation des piluliers en conformité avec la prescription,
- et, le cas échéant, les partenaires externes (HAD, établissements de santé).

Le cadre de santé assure le pilotage opérationnel du dispositif, notamment l'harmonisation des pratiques, la diffusion des protocoles, le suivi des indicateurs ainsi que l'organisation des audits et retours d'expérience.

2-3-5-3) Mise en œuvre du projet PDA (Préparation des Doses à Administrer)

La mise en œuvre du projet de Préparation des Doses à Administrer (PDA) au sein de l'établissement, déployée en janvier 2023, s'inscrit dans une démarche globale de sécurisation du circuit du médicament. Cette organisation vise à fiabiliser la préparation et l'administration des traitements, en confiant leur préparation à la pharmacie.

Ce dispositif permet de réduire les erreurs médicamenteuses, d'améliorer la traçabilité, de sécuriser la gestion des traitements à risque et d'optimiser le temps soignant, au bénéfice du soin relationnel auprès des résidents.

La réalisation des piluliers est assurée par une pharmacie à l'aide du logiciel OREUS. Le logiciel de soins TITANLINK, utilisé au sein de l'établissement, est interfacé avec OREUS, permettant ainsi une transmission sécurisée et fiable des données relatives aux prescriptions.

Un cahier des charges a été établi, accompagné de la signature d'une convention entre l'EHPAD et une pharmacie pour une durée de quatre ans. La mise en œuvre de ce projet repose sur des modalités organisationnelles précises : préparation des traitements en officine, procédures encadrant la réception, stockage et contrôle des médicaments au sein de l'établissement...

Elle s'appuie également sur le respect des règles d'identitovigilance et sur une traçabilité renforcée dans le dossier de soins informatisé TITANLINK, notamment en ce qui concerne la prescription, l'administration, les modifications thérapeutiques et la gestion des incidents.

Au niveau institutionnel, les professionnels participent à l'amélioration continue du dispositif par la déclaration des événements indésirables, permettant le retour d'information vers la pharmacie et l'ajustement des pratiques. Des temps programmés entre l'EHPAD et la pharmacie permettraient de réguler les dysfonctionnements soulevés par les acteurs.

Enfin, des actions de formation ainsi que des évaluations des pratiques professionnelles pourront être mises en place afin de garantir l'appropriation des procédures et leur respect par les équipes, dans une logique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

2-3-5-4) Sécurisation du renouvellement des prescriptions médicamenteuses

Le renouvellement des prescriptions médicamenteuses fait l'objet d'une organisation structurée visant à garantir la continuité et la sécurité des traitements des résidents. Une infirmière référente de cette mission assure cette organisation. Dès l'admission, les échéances de renouvellement sont planifiées dans le dossier de soins informatisé TITANLINK, en lien avec le médecin traitant, selon une périodicité standard de 28 jours.

Une anticipation mensuelle est mise en place afin d'assurer la continuité des traitements et d'optimiser l'organisation avec la pharmacie. Les renouvellements sont programmés, suivis via un agenda dédié et vérifiés de manière exhaustive. Une planification différenciée est organisée afin de coordonner la préparation des piluliers et les livraisons, en lien avec l'organisation interne de l'établissement.

Chaque semaine, les prescriptions à renouveler sont éditées et préparées en vue de leur validation médicale. Une vigilance particulière est portée à la gestion des traitements hors pilulier et des prescriptions « si besoin », en tenant compte des stocks disponibles et des mentions spécifiques telles que « Ne Pas Délivrer ». Les ordonnances sont intégrées au dossier du résident et préparées pour la consultation médicale.

La coordination avec les médecins traitants est organisée de manière formalisée : planification des consultations, information quotidienne des cabinets médicaux par l'équipe infirmière et mise à disposition des dossiers. Lors de leurs interventions, les médecins procèdent à l'examen clinique, valident les renouvellements et réalisent, le cas échéant, les adaptations thérapeutiques, avec une traçabilité de l'observation médicale papier et/ou informatisée. Les prescriptions sont ensuite transmises à la pharmacie selon un double circuit assurant une meilleure sécurité.

Dans un contexte de tension médicale marqué par une disponibilité réduite des médecins traitants, l'établissement a mis en place des adaptations organisationnelles provisoires encadrées. Ainsi, certains renouvellements peuvent être réalisés sur des durées étendues (56 à 84 jours), afin de garantir la continuité des traitements. Cette pratique reste anticipée, tracée et intégrée dans la planification, avec un suivi rigoureux par l'équipe soignante. Elle s'accompagne d'une surveillance clinique régulière et d'une vigilance accrue quant à la pertinence des traitements, afin de maintenir un niveau élevé de sécurité dans le parcours médicamenteux.

Une attention particulière est portée aux médicaments relevant de la réglementation des substances stupéfiantes et assimilées. En raison de leur cadre légal strict, ces traitements ne peuvent faire l'objet d'un renouvellement anticipé ou prolongé selon les mêmes modalités que les autres prescriptions. Leur prescription est limitée dans le temps, conformément à la réglementation en vigueur, et nécessite une réévaluation médicale systématique à chaque échéance.

Leur gestion repose sur une organisation sécurisée incluant une prescription conforme, une traçabilité renforcée, un stockage sécurisé et un suivi rigoureux des administrations. L'équipe soignante assure une vigilance accrue quant au respect des modalités de délivrance, d'administration et de surveillance, en lien étroit avec le médecin prescripteur et la pharmacie.

En synthèse, l'ensemble des organisations mises en place, de la prescription à l'administration en passant par la préparation, la conciliation et le renouvellement des traitements, s'inscrit dans une démarche globale, coordonnée et évolutive visant à sécuriser le parcours du médicament, prévenir les risques iatrogènes et garantir à chaque résident une prise en charge médicamenteuse

de qualité, adaptée à son état de santé et au contexte de l'établissement. La réussite de ce dispositif repose pleinement sur la vigilance, la coordination et l'engagement de l'ensemble des acteurs impliqués, en particulier les médecins, les infirmier(ère)s et les pharmaciens, dont la collaboration étroite constitue un élément essentiel de la sécurité des soins.

2-3-5-5) Dispensation médicamenteuse

La dispensation des médicaments constitue une étape essentielle du circuit du médicament, assurant la mise à disposition des traitements prescrits dans des conditions garantissant leur qualité, leur sécurité et leur traçabilité.

Au sein de l'établissement, la dispensation est réalisée par la pharmacie d'officine partenaire, en conformité avec les prescriptions médicales et dans le respect des bonnes pratiques de dispensation. Elle comprend l'analyse pharmaceutique des ordonnances, la délivrance des médicaments ainsi que la préparation des doses à administrer dans le cadre du dispositif de PDA.

Cette étape permet de sécuriser le circuit du médicament en intégrant un double niveau de contrôle, à la fois médical et pharmaceutique, contribuant à la prévention des erreurs médicamenteuses, des interactions et des incohérences thérapeutiques.

La dispensation s'inscrit dans une organisation coordonnée avec l'EHPAD, incluant des modalités définies de transmission des prescriptions, de livraison des traitements, de réception et de contrôle au sein de l'établissement. Une vigilance particulière est portée à la conformité des livraisons, à l'identification des traitements et au respect des conditions de transport et de conservation.

Les échanges réguliers entre la pharmacie et les équipes soignantes permettront d'optimiser la qualité de la dispensation, de signaler les éventuelles anomalies et d'ajuster les pratiques dans une logique d'amélioration continue.

Dans cette perspective, des temps de coordination formalisés entre l'établissement et la pharmacie pourront être renforcés afin de fluidifier la communication, d'analyser les dysfonctionnements éventuels et de sécuriser davantage le parcours du médicament.

2-3-5-6) Administration des médicaments

L'administration des médicaments constitue une étape clé du circuit du médicament, relevant de la responsabilité de l'équipe infirmière. Elle vise à garantir la délivrance du traitement prescrit dans des conditions optimales de sécurité, d'efficacité et de traçabilité.

Elle repose sur le respect des règles fondamentales d'administration, notamment les « 5B » : bon patient, bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon moment, complétée par la bonne traçabilité.

Dans ce cadre, une vigilance particulière est portée à l'identitovigilance, à la vérification de la concordance entre la prescription et le traitement préparé (notamment dans le cadre de la PDA), ainsi qu'au respect des modalités d'administration spécifiques à certains médicaments (formes galéniques, horaires, conditions de prise).

L'administration s'accompagne d'une surveillance clinique attentive, permettant d'évaluer l'efficacité du traitement et de détecter d'éventuels effets indésirables. Toute anomalie ou événement indésirable fait l'objet d'une traçabilité dans le dossier de soins informatisé et, le cas échéant, d'une déclaration dans le cadre de la gestion des risques.

La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel dans le dossier de soins informatisé, garantissant la continuité des soins et la coordination entre les professionnels.

Dans une logique d'amélioration continue, des actions de sensibilisation et d'évaluation des pratiques professionnelles pourront être mises en place afin de renforcer la sécurisation de cette étape et l'harmonisation des pratiques au sein de l'établissement.

2-3-5-7) Conciliation médicamenteuse, sécurisation du parcours de soins et adaptation thérapeutique

Dans une logique de sécurisation du parcours de soins du résident, l'établissement développera la conciliation médicamenteuse, notamment lors des situations à risque telles que l'admission en EHPAD, les retours d'hospitalisation, les consultations spécialisées ou toute modification du traitement ou de l'état clinique.

La conciliation médicamenteuse constituera une étape structurée visant à garantir la continuité et la cohérence des traitements. Elle reposera sur la comparaison des traitements habituels du résident avec les prescriptions en cours, afin d'identifier et de corriger les écarts tels que les omissions, les doublons, les interactions médicamenteuses ou les erreurs de posologie.

Par ailleurs, un travail spécifique sera mené **autour du parcours de soins du résident**. Cette démarche visera à identifier les différentes étapes du parcours, en portant une attention particulière **aux situations de transition** telles que les hospitalisations et les consultations spécialisées.

Ces situations constitueront des points de vigilance majeurs, en raison des modifications thérapeutiques pouvant être introduites par des intervenants extérieurs. Une attention

particulière sera portée à la transmission et à l'analyse des informations médicales, afin de garantir la cohérence et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

Ce travail permettra d'anticiper les risques de rupture dans la continuité des traitements et de renforcer la coordination entre les différents acteurs du parcours de soins, notamment entre l'établissement, les structures hospitalières, les spécialistes et la pharmacie.

Enfin, un travail de collaboration étroite sera développé avec la pharmacie et le médecin traitant afin d'adapter au mieux les formes galéniques des traitements prescrits.

Cette démarche visera à **privilégier des formes médicamenteuses adaptées** aux capacités du résident, notamment en cas de troubles de la déglutition, tout en garantissant l'efficacité et la sécurité des traitements.

Une vigilance particulière sera portée à l'écrasement des médicaments, certaines formes pharmaceutiques ne devant pas être broyées en raison de leurs caractéristiques. Le recours à des alternatives (formes liquides, dispersibles, patchs ou adaptation de la molécule si nécessaire) sera envisagé en concertation avec les professionnels concernés.

L'ensemble de ces actions s'inscrira dans une démarche pluriprofessionnelle visant à renforcer la qualité, la sécurité et la pertinence de la prise en charge médicamenteuse du résident.

Ces trois axes (conciliation médicamenteuse, sécurisation du parcours de soins et adaptation des formes galéniques) seront pilotés par le médecin coordonnateur et le cadre de santé, en collaboration étroite avec les médecins traitants, les infirmiers et la pharmacie, dans une logique de coordination et d'amélioration continue des pratiques.

Conclusion générale du Projet de Soins

Ce Projet de Soins s'inscrit dans une dynamique globale visant à garantir un accompagnement de qualité, individualisé et sécurisé des résidents, en cohérence avec la philosophie de soins de l'établissement. Il repose sur une approche centrée sur la personne, respectueuse de son autonomie, de sa dignité et de ses capacités, tout en intégrant les contraintes organisationnelles et les évolutions du contexte médico-social.

L'ensemble des axes développés traduit la volonté d'articuler qualité des soins, continuité de la prise en charge et sécurisation des pratiques, notamment à travers l'organisation des soins, l'accompagnement personnalisé, ainsi que la structuration du parcours du médicament. Cette démarche s'appuie sur la coordination des acteurs, la formalisation des pratiques et le renforcement des coopérations professionnelles sur le territoire.

Dans cette logique, la philosophie de soin de l'établissement constitue un socle commun qui guide les pratiques quotidiennes. Elle invite les professionnels à adopter une posture bienveillante, réflexive et adaptée, favorisant la participation du résident et le maintien de ses capacités, dans une recherche constante d'équilibre entre accompagnement, autonomie et sécurité.

Enfin, la réussite de ce projet repose sur l'engagement collectif des équipes, la qualité de la coordination interprofessionnelle et la capacité d'adaptation aux situations singulières. Il s'inscrit ainsi dans une démarche d'amélioration continue, au service du résident et de la qualité des soins délivrés.

LE PROJET D'ANIMATION

Cette partie relative au Projet d'Animation est construite en deux sections :

- La première explicite la démarche suivie pour la conception du projet ;
- La seconde permet la présentation des conclusions du groupe de travail.

1) DÉMARCHE DE TRAVAIL

Cette section va traiter dans un premier temps de la composition du groupe de travail, avant de préciser pour chacune des réunions organisées les thèmes abordés.

1-1) Le groupe de travail

Ont participé au groupe de travail « Projet d'Animation », animé par Mme TALLET, animatrice de l'établissement, les agents suivants :

Prénom NOM	Fonction
Mme Maëlys CHABRAT	Agent de Service Hospitalier
Mme Patricia FAURE	Aide-Soignante au SSIAD
Mme Amandine GRARD	Psychologue
Mme Alicia HUET	Accompagnante éducative et social
Mme Cécile LAFON	Agent de Service Hospitalier
Mme Christine LANDREVIE	Adjointe Administrative en charge des résidents
Mme Amélia MARTINS DE ABREU	Accompagnante éducative et social
M. François MAURIE	Cuisinier
Mme Manon SUZE	Infirmière
Mme Morgane-Aladoree TALLET	Animatrice

Mme Maëlys CHABRAT a quitté l'établissement au cours de la conception du Projet d'Animation.

Au-delà des agents de l'établissement cités ci-avant, des stagiaires ont également eu l'occasion de participer aux réunions.

1-2) Réunions et thèmes abordés

Le groupe de travail « Projet d'Animation » s'est réuni quatre fois.

Le tableau ci-dessous indique les dates de réunions du groupe « Projet d'Animation » et les thèmes traités :

Date de réunion	Thèmes traités
Lundi 22 septembre 2025	<p>La séance a débuté par un rappel du rôle du Projet d'Établissement et du Projet d'animation.</p> <p>L'objectif de la séance était de coconstruire des idées et prioriser des actions d'animation adaptées aux résidents, aux familles et aux équipes.</p> <p>Les thèmes suivants ont été abordés :</p> <ul style="list-style-type: none">- Animations régulières,- Évènements ponctuels,- Partenariats,- Innovations.
Lundi 6 octobre 2025	<p>Plusieurs actions ont été retenues et priorisées selon leurs objectifs, les publics concernés, les moyens nécessaires et la fréquence de mise en œuvre.</p> <p>La première action, le barbecue des familles, a pour finalité de maintenir et renforcer le lien entre les résidents et leurs proches, de favoriser la co-aidance et de renforcer la confiance envers l'établissement. Cet événement annuel mobilisera l'ensemble des équipes (cuisine, soins, animation, administration) et pourrait bénéficier du soutien logistique de la mairie, notamment pour le prêt de barnums.</p> <p>La deuxième action, le goûter des familles, poursuit des objectifs similaires mais dans un cadre plus convivial et intimiste. Il est prévu une fois par an, de préférence au printemps, et mobilisera également plusieurs services internes.</p>

	<p>Une sortie au marché est également programmée afin de favoriser l'ouverture vers l'extérieur, la vie sociale et la réminiscence, tout en stimulant la mobilité des résidents. Elle nécessitera une organisation logistique (véhicules, fauteuils roulants) ainsi qu'un accompagnement humain assuré par l'équipe d'animation et les soignants.</p> <p>Des groupes de parole seront mis en place pour offrir aux résidents un espace d'échange, d'écoute et de libération de la parole. L'objectif est de renforcer la cohésion de groupe, l'estime de soi et les compétences sociales.</p> <p>Enfin, des spectacles seront proposés régulièrement pour offrir des moments de divertissement et d'ouverture culturelle. Ils mobiliseront un budget dédié et impliqueront les équipes internes pour la logistique et l'accueil.</p> <p>Un point important de la réunion a porté sur l'intégration des patients du SSIAD aux animations.</p> <p>Un planning hebdomadaire d'animation sera transmis aux équipes du SSIAD chaque mercredi afin que les patients puissent choisir les activités auxquelles ils souhaitent participer et que les équipes puissent anticiper l'organisation.</p> <p>Même si l'organisation reste à définir précisément, cette intégration est jugée essentielle : elle contribuerait à rompre l'isolement des patients à domicile, à maintenir un lien social fort avec l'établissement et à préparer, le cas échéant, une future entrée en EHPAD dans de meilleures conditions.</p>
Lundi 24 novembre 2025	<p>Il est proposé qu'un budget soit dédié aux actions culturelles et alloué de manière trimestrielle.</p> <p>Le développement de partenariats intergénérationnels, associatifs et événementiels est programmé progressivement dès l'année 2026.</p> <p>Plusieurs projets structurants sont planifiés : la mise en place d'une régie pour 2027, le déploiement d'ateliers numériques en 2027 et la finalisation d'un projet de médiation animale à l'horizon 2028.</p> <p>Les réaménagements des espaces extérieurs sont programmés entre 2026 et 2028, dans une réflexion partenariale, notamment avec le lycée de Voutezac. Les espaces intérieurs feront l'objet d'un réaménagement via l'achat de nouvelles décorations et de nouveaux mobiliers.</p> <p>Des actions sont également engagées en matière de communication, de recrutement d'un service civique et de coordination avec le SSIAD.</p>

Lundi 08 décembre 2025	<p>Dans un premier temps a été réalisée une relecture et une validation des travaux antérieurs, tout en veillant à la cohérence avec les objectifs du Projet d'Établissement.</p> <p>Un nouvel axe d'animation a été proposé, avec la création d'une grande sortie annuelle à dimension culturelle, mémorielle ou citoyenne (exemple : Oradour-sur-Glane, Musée de la Résistance...)</p> <p>Ensuite, le groupe a procédé à la validation du calendrier et de la temporalité des actions.</p> <p>Enfin, il conviendra de rédiger le Projet d'Animation actualisé et de finaliser les fiches actions.</p>
------------------------	---

2) LES ORIENTATIONS DU PROJET D'ANIMATION

2-1) Positionnement du Projet d'Animation

Le présent Projet d'Animation constitue un axe central du Projet d'Établissement de l'EHPAD Au Gré du Vent. Il s'inscrit pleinement dans les missions de l'établissement, qui visent à assurer un accompagnement global, individualisé et respectueux des personnes âgées accueillies.

Le groupe de travail réalise un état des lieux précis des pratiques existantes en matière d'animation, recense l'ensemble des actions menées au quotidien et lors des temps forts, et en analyse les apports ainsi que les limites. Il étudie l'identification des besoins, des attentes et des capacités des résidents, en tenant compte de la diversité des profils, des niveaux d'autonomie et des situations de dépendance. Cette réflexion partagée conduit à une structuration plus cohérente de l'offre d'animation, ainsi qu'à la définition d'axes de développement réalistes, en adéquation avec les ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement.

L'animation est ici envisagée comme un outil d'accompagnement global, indissociable du Projet de Soins et du Projet de Vie. Elle contribue activement à la qualité de vie des résidents en favorisant le maintien des capacités cognitives, motrices et sensorielles, en soutenant l'autonomie et en prévenant les situations d'isolement et de repli sur soi. Elle participe également à la création et au maintien du lien social, tant au sein de l'établissement qu'à travers l'ouverture vers l'extérieur, l'implication des familles et le développement de partenariats. À ce titre, le Projet d'Animation s'inscrit dans une dynamique évolutive, visant à accompagner les résidents tout au long de leur parcours de vie au sein de l'EHPAD Au Gré du Vent.

2-2) Cadre législatif et réglementaire de l'animation en EHPAD

L'animation en EHPAD s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire précis, qui reconnaît la personne âgée comme un citoyen à part entière et place la qualité de vie au cœur de l'accompagnement. Elle ne constitue pas une activité accessoire, mais un élément fondamental du Projet de Vie et du Projet d'Établissement.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 constitue le socle du cadre législatif de l'accompagnement en EHPAD. Elle affirme les droits des usagers et pose le principe d'un accompagnement individualisé, respectueux de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée et de la liberté de choix de la personne accueillie.

Dans ce cadre, l'animation contribue directement à la mise en œuvre de plusieurs droits fondamentaux, notamment :

- le droit à la participation à la vie de l'établissement,
- le droit à l'expression et à la prise en compte des attentes et des besoins,
- le droit à un accompagnement favorisant l'autonomie et l'insertion sociale.

Le Projet d'Animation participe ainsi pleinement à la réalisation du projet personnalisé de chaque résident et s'inscrit comme un outil concret de mise en œuvre de cette loi.

Le Projet d'Établissement

Conformément à la loi de 2002, chaque EHPAD doit élaborer un Projet d'Établissement définissant ses objectifs, ses valeurs et ses modalités d'accompagnement. L'animation y occupe une place transversale, en lien étroit avec le Projet de Soins et le Projet de Vie.

Le Projet d'Animation permet de traduire, de manière opérationnelle, les orientations institutionnelles en actions concrètes favorisant le bien-être, le lien social et la participation des résidents. Il contribue à la cohérence globale de l'accompagnement proposé au sein de l'établissement.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles insistent sur l'importance de la qualité de vie, de la prévention de l'isolement et du maintien du lien social en établissement pour personnes âgées dépendantes. Elles encouragent la mise en place d'activités adaptées aux

capacités des résidents, favorisant la stimulation cognitive, motrice et sensorielle, ainsi que la participation active des personnes accompagnées.

L'animation est ainsi reconnue comme un levier essentiel pour prévenir la perte d'autonomie, soutenir l'estime de soi et maintenir une dynamique sociale au sein de l'établissement.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie (Cf Projet de Vie)

La charte des droits et libertés de la personne accueillie rappelle le droit à une vie sociale, culturelle et relationnelle, ainsi que le respect des choix, des habitudes de vie et des centres d'intérêt de chacun. L'animation contribue directement à la mise en œuvre de ces principes en proposant des activités diversifiées, accessibles et adaptées, permettant aux résidents de rester acteurs de leur quotidien.

Une approche globale et continue de l'accompagnement

Dans ce cadre législatif et réglementaire, l'animation en EHPAD s'inscrit dans une approche globale de l'accompagnement, complémentaire du soin et de l'aide au quotidien. Elle participe à la prévention de la dépendance, à la promotion de la bientraitance et à l'amélioration continue de la qualité de vie des résidents, conformément aux obligations et aux valeurs portées par le secteur médico-social.

2-3) Valeurs et principes fondamentaux du Projet d'Animation

Le Projet d'Animation de l'EHPAD Au Gré du Vent repose sur des valeurs et des principes fondamentaux qui guident l'ensemble des actions mises en œuvre au sein de l'établissement. Ces valeurs s'inscrivent dans une démarche de bientraitance et de respect de la personne âgée, reconnue comme un individu à part entière, porteur d'une histoire, de choix et de capacités propres.

Le respect de la dignité et de l'identité de chaque résident constitue un principe central du projet. Les animations proposées tiennent compte des habitudes de vie, des centres d'intérêt, des croyances et du rythme de chacun. Elles visent à préserver l'estime de soi et à permettre aux résidents de rester acteurs de leur quotidien, en favorisant la liberté de choix et la participation volontaire aux activités proposées.

Le Projet d'Animation s'appuie également sur le principe de l'accompagnement individualisé. Les actions sont pensées et adaptées en fonction des capacités physiques, cognitives, sensorielles et psychiques des résidents, dans une logique d'inclusion et d'accessibilité. Les adaptations mises en place permettent à chacun de participer selon ses possibilités, sans mise en échec ni exclusion.

Le maintien du lien social constitue une valeur essentielle du projet. L'animation favorise les échanges entre résidents, les relations avec les professionnels, l'implication des familles et l'ouverture vers l'extérieur. Elle contribue à prévenir l'isolement, le repli sur soi et la rupture sociale, en créant des espaces de rencontre, de partage et de convivialité.

Enfin, le Projet d'Animation s'inscrit dans une dynamique d'ouverture et de partenariat. Il valorise les échanges intergénérationnels, la coopération avec les acteurs du territoire et la participation des partenaires institutionnels et associatifs. Cette ouverture participe à l'ancrage de l'établissement dans son environnement et à la reconnaissance des résidents comme citoyens à part entière.

2-4) Objectifs généraux du Projet d'Animation

Le Projet d'Animation de l'EHPAD Au Gré du Vent a pour objectif principal de contribuer à la qualité de vie des résidents en leur proposant un accompagnement global, complémentaire du Projet de Soins et du Projet de Vie.

Il vise en premier lieu à maintenir et renforcer le lien social au sein de l'établissement, en favorisant les échanges, la convivialité et la participation à la vie collective. À travers des animations régulières et des événements ponctuels, le projet contribue à créer une dynamique institutionnelle positive et à prévenir les situations d'isolement et de solitude.

Le Projet d'Animation a également pour objectif de soutenir le maintien de l'autonomie des résidents. Les activités proposées participent à la stimulation des capacités cognitives, motrices, sensorielles et relationnelles, dans une logique de prévention de la perte d'autonomie et de valorisation des compétences existantes.

Un autre objectif majeur est de favoriser l'expression, l'épanouissement personnel et le bien-être des résidents. L'animation offre des espaces d'expression, de créativité et de plaisir, permettant à chacun de s'investir selon ses envies et ses capacités, et de conserver un sentiment d'utilité et de reconnaissance.

Le Projet d'Animation vise également à renforcer l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur, en développant des partenariats et en impliquant les familles dans la vie institutionnelle. Cette ouverture contribue à maintenir les repères sociaux des résidents et à inscrire l'EHPAD dans une dynamique de territoire.

Le Projet d'Animation se distingue également par sa volonté d'innover et de proposer des actions qui sortent de l'ordinaire, afin de surprendre positivement les résidents et de renouveler leur intérêt au quotidien. Au-delà des animations traditionnelles, il s'agit de développer des expériences originales, adaptées aux capacités de chacun, favorisant la découverte, l'émerveillement et la participation active. Ces initiatives peuvent prendre la forme d'ateliers

intergénérationnels, d'activités sensorielles immersives, de projets créatifs collectifs, de sorties atypiques, d'animations thématiques ou encore de partenariats innovants avec des acteurs locaux. Cette démarche permet de rompre avec la routine, de valoriser les résidents comme acteurs du projet et de renforcer leur sentiment d'appartenance à une institution vivante, ouverte et créative.

Enfin, le Projet d'Animation a pour objectif de favoriser le travail en équipe et la cohérence des pratiques professionnelles. Il constitue un outil transversal, mobilisant l'ensemble des acteurs de l'établissement autour de valeurs communes et d'objectifs partagés, au service de l'accompagnement des résidents.

2-5) État de l'existant et projection pour l'avenir

Les travaux menés lors des premières réunions du Projet d'Animation ont permis de réaliser un diagnostic approfondi de l'existant, en recensant l'ensemble des actions d'animation déjà mises en place ou envisagées au sein de l'EHPAD Au Gré du Vent. Ce diagnostic a porté à la fois sur les animations régulières, les événements ponctuels, les partenariats et les projets innovants, en tenant compte des publics concernés, des objectifs poursuivis et des moyens mobilisables.

2-5-1) Animations régulières existantes

Plusieurs animations régulières constituent le socle de la vie sociale et collective de l'établissement.

La **lecture du journal**, suivie de l'**apéritif du mercredi**, constitue un temps d'animation régulier favorisant à la fois la stimulation cognitive, l'expression personnelle et le lien social. Au-delà de la simple lecture de l'actualité, ce moment repose sur un véritable temps d'échange pendant et après la lecture, permettant aux résidents de réagir aux informations, de partager leurs souvenirs, leurs connaissances, leurs opinions et leurs vécus. Ces discussions favorisent la prise de parole, l'écoute mutuelle et la reconnaissance de chacun dans le groupe. Elles permettent également de maintenir un lien avec le monde extérieur, de mobiliser les capacités de compréhension, de mémoire et de réflexion, tout en valorisant les résidents comme citoyens à part entière. Ce temps d'échange est prolongé par un apéritif convivial, qui encourage les discussions informelles, les rencontres spontanées et la création d'un climat chaleureux au sein de l'établissement. Cet apéritif, accessible à un large public y compris aux professionnels, contribue à rompre l'isolement, à renforcer la cohésion du groupe et à inscrire les résidents dans une dynamique sociale régulière, rassurante et structurante.

Les **reportages immersifs** sont proposés comme un support d'évasion et d'ouverture vers l'extérieur. Ils permettent aux résidents de découvrir ou redécouvrir des lieux, des cultures ou des thématiques variées, favorisant la stimulation cognitive, la réminiscence et l'échange. Cette animation s'adresse à un large public et peut être facilement adaptée aux capacités des résidents.

Le **loto** est une animation fédératrice, très appréciée des résidents. Il favorise la stimulation cognitive, la concentration, la mémoire et la convivialité. Accessible à différents niveaux d'autonomie, il constitue un temps fort de partage et de lien social au sein de l'établissement.

Ces animations régulières répondent aux besoins identifiés des résidents en matière de stimulation, de lien social et de maintien des capacités, et constituent des actions prioritaires à maintenir et à consolider.

Voici un tableau récapitulatif des animations hebdomadaires à la date de conception du Projet d'Animation :

Planning des animations hebdomadaires proposées en 2026				
Jour	Périodicité	Animation	Lieu	Objectifs principaux
Lundi après-midi	Hebdomadaire	Activité Physique Adaptée (APA)	Espace Mistral	Maintenir la mobilité, prévenir les chutes, favoriser le bien-être physique et psychique
Mardi matin	Un mardi sur deux	Musicothérapie	Espace Mistral	Stimulation sensorielle et émotionnelle, apaisement, expression des émotions
Mardi après-midi	Un mardi sur deux	Socio-esthétique	Espace Zéphyr	Valorisation de l'image de soi, bien-être, estime de soi
Mercredi matin	Hebdomadaire	Lecture du journal suivie de l'apéritif	Hall d'entrée	Maintien du lien avec l'actualité, échanges, convivialité, lien social
Vendredi après-midi	Hebdomadaire	Reportages immersifs	Espace Mistral	Ouverture vers l'extérieur, réminiscence, stimulation cognitive et sensorielle

Ce tableau présente les animations fixes proposées de manière régulière au sein de l'établissement pour l'année 2026. Ces rendez-vous hebdomadaires permettent aux résidents de bénéficier de repères stables dans la semaine, de favoriser leur participation et d'inscrire l'animation dans une dynamique structurée et rassurante. Ils contribuent également à créer des habitudes positives, attendues par les résidents, tout en maintenant une diversité d'activités adaptées aux envies et aux capacités de chacun. Le **jeudi** est volontairement laissé comme **journée « libre »**, afin de permettre davantage de souplesse dans l'organisation : animations ponctuelles, projets spécifiques, sorties, accompagnements individuels, partenariats extérieurs ou activités proposées en fonction de l'actualité, de la météo et des souhaits exprimés par les résidents.

Les **animations individuelles** occupent une place essentielle dans le Projet d'Animation de l'établissement, car elles permettent de proposer un accompagnement personnalisé, au plus près des besoins, des envies et du rythme de chaque résident. Elles prennent diverses formes, telles que l'accompagnement aux courses, les balades en extérieur, les temps de discussion en chambre, l'accompagnement vers différents lieux de vie ou de loisirs, ainsi que des moments privilégiés autour d'une activité choisie par le résident. Ces temps individualisés peuvent également permettre de renouer avec des lieux chargés de souvenirs, comme un parcours que le résident faisait lorsqu'il était enfant, un quartier familial, un ancien lieu de vie ou tout autre endroit ayant une importance particulière dans son histoire personnelle. Ils favorisent ainsi le maintien de l'autonomie, la préservation des repères personnels et le sentiment de liberté de choix. Ils permettent également de renforcer la relation de confiance entre le résident et l'animatrice, en offrant un espace d'écoute, d'attention et de reconnaissance. En complément des animations collectives, ces accompagnements contribuent à lutter contre l'isolement, à valoriser la singularité de chaque personne et à garantir une animation réellement adaptée, humaine et inclusive, pleinement intégrée au Projet de Vie et au Projet d'Établissement.

Par ailleurs, les **commissions d'animation**, organisées chaque trimestre, constituent un temps de concertation essentiel dans la vie de l'établissement. Elles permettent de présenter les animations prévues pour le trimestre à venir, d'échanger sur les projets en cours et de recueillir les avis des différents professionnels présents. La participation de la direction, de la cadre de santé, d'une professionnelle du PASA, de la psychologue, du médecin coordonnateur et d'un cuisinier favorise une approche pluridisciplinaire, cohérente et adaptée aux besoins des résidents. Ces commissions contribuent ainsi à renforcer la coordination des actions, à anticiper les temps forts et à inscrire l'animation dans une dynamique collective au service du Projet d'Établissement.

2-5-2) Évènements ponctuels et temps forts institutionnels

Les événements ponctuels jouent un rôle essentiel dans le rythme de la vie institutionnelle et dans l'ouverture de l'établissement vers les familles et l'extérieur.

Parmi les actions recensées figurent :

- Les **repas à thème**, qui participent à la convivialité et à la valorisation du travail de l'équipe cuisine une fois par trimestre ;
- Les **groupes de parole**, offrant aux résidents un espace d'expression, d'écoute et de partage une fois par trimestre ;

- La **Fête de la musique**, organisée une fois par an comme un temps festif et fédérateur, qui permet aux résidents de partager un moment convivial autour de la musique. Cet événement favorise l'expression des émotions, la stimulation des souvenirs et le lien social au sein de l'établissement. Il se distingue aussi par une véritable dynamique d'équipe : l'ensemble des professionnels joue le jeu du déguisement en fonction du thème choisi, ce qui contribue à créer une ambiance joyeuse, originale et immersive. Cette implication collective donne une dimension particulière à la journée et renforce la cohésion entre les résidents et les professionnels. La Fête de la musique permet aussi de modifier positivement le rythme habituel des résidents : le repas peut être plus long, plus animé et plus convivial, les résidents du 1^{er} étage descendent au rez-de-chaussée pour participer à la fête, et chacun est invité à prendre part à ce moment collectif selon ses envies et ses capacités. Cette rupture avec le quotidien apporte de la nouveauté, stimule la participation et fait de cet événement un temps fort très attendu dans la vie de l'établissement ;
- Les **spectacles**, favorisant le divertissement, l'ouverture culturelle et la rupture avec le quotidien une fois par trimestre ;
- Les **sorties extérieures**, contribuant à l'ouverture vers l'extérieur, à la stimulation sensorielle et à la réminiscence ;
- Les **fêtes traditionnelles** telles que la Chandeleur, le Carnaval, Noël... (mais aussi la Saint-Patrick et Halloween) sont célébrées au sein de l'établissement afin de rythmer l'année, préserver les repères culturels et saisonniers des résidents, favoriser la convivialité, la réminiscence et renforcer le lien social à travers des temps festifs partagés ;
- Des **ventes de vêtements** adaptés aux seniors sont organisées deux fois par an au sein de l'établissement, afin de répondre aux besoins spécifiques des résidents, de favoriser leur autonomie dans le choix vestimentaire et de proposer un temps convivial et pratique, en lien avec leur quotidien ;
- La **cérémonie des vœux en présence du Maire** constitue un temps institutionnel fort, favorisant le lien entre l'établissement et la vie communale, et permettant aux résidents de rester pleinement associés à la vie citoyenne et locale. Dans ce même cadre, pour les fêtes de fin d'année, la mairie distribue des chocolats aux résidents. Deux fois par an, la mairie apporte également le bulletin municipal (« l'Allasac Quoi ? »), renforçant ainsi le sentiment d'appartenance à la commune et le maintien d'un lien concret avec l'actualité locale.

Ces actions ponctuelles répondent à des objectifs complémentaires aux animations régulières, en apportant une dimension festive, relationnelle et culturelle à la vie de l'établissement.

L'animation travaille en lien étroit avec le PASA lors des temps forts de l'établissement, tels que la Fête de la musique, les anniversaires, les sorties ponctuelles ou encore les olympiades inter-EHPAD, afin de favoriser une organisation coordonnée, une participation adaptée des résidents et une dynamique collective enrichissante.

2-5-3) Partenariats existants et envisagés

Le diagnostic a également permis d'identifier de nombreux partenariats, existants ou en cours de réflexion, constituant un levier important du Projet d'Animation.

Les partenariats recensés concernent notamment :

- Les **écoles** et structures jeunesse, dans une logique intergénérationnelle ;
- Les **autres EHPAD**, concernant des animations communes et des rencontres inter-établissements ;
- Le **comité des fêtes d'Allasac**, pour le soutien à l'organisation d'événements ;
- Des **commerçants locaux** (magasin de décoration, fleuriste, le magasin U express d'Allasac qui chaque année fait un don de chocolats au profit des résidents...);
- La **ludothèque** et la **médiathèque**, pour des actions culturelles et l'accès à des supports variés.

Ces partenariats participent à l'ouverture de l'établissement sur son territoire et à la diversification des actions proposées aux résidents.

2-5-4) Projets innovants identifiés

Plusieurs pistes d'innovation ont été recensées lors des réunions :

- La **mise en place d'une régie d'avance** (pour permettre de menues dépenses lors de sorties) ;
- Le développement de la **médiation animale** par l'animatrice ;
- La création d'**ateliers numériques** ;
- Le **réaménagement d'espaces extérieurs** (pour inciter davantage les résidents à profiter de ces lieux) ;
- L'amélioration de la **décoration intérieure** ;
- Le **renforcement de la communication interne et externe**, qui s'appuie sur l'affichage régulier des plannings d'animation, la valorisation des temps forts sur les réseaux sociaux tels qu'Instagram et Facebook, ainsi que la mise en place d'une gazette trimestrielle permettant de partager la vie de l'établissement avec les résidents, les familles et les professionnels ;
- L'intégration **de patients du SSIAD** aux animations du quotidien ;
- Le **barbecue des familles**, qui sera organisé une fois par an, visant à renforcer le lien entre les résidents et leurs proches, à favoriser la co-aidance et à renforcer la confiance envers l'établissement ;

- Le **goûter des familles**, proposé dans un cadre plus intimiste, permettant des échanges conviviaux entre résidents, familles et professionnels ;
- L'**acquisition future d'un véhicule PMR** (sous réserve de l'obtention de subventions suffisantes) permettra de faciliter l'organisation des sorties extérieures, de favoriser l'accès des résidents à mobilité réduite aux activités hors établissement et de renforcer l'ouverture de l'EHPAD sur son environnement local.

Ces projets répondent aux enjeux d'attractivité, de qualité de vie et d'ouverture de l'établissement.

2-5-5) Priorisation des actions

À partir de ce diagnostic, les actions ont été analysées et priorisées selon plusieurs critères partagés par les professionnels : les objectifs poursuivis, les publics concernés, les moyens humains et matériels nécessaires, la faisabilité financière et la fréquence de mise en œuvre.

Les animations régulières existantes ont été identifiées comme prioritaires, en raison de leur adéquation avec les besoins des résidents et de leur faisabilité. Les événements ponctuels ont été sélectionnés pour leur valeur ajoutée en termes de lien social et de participation des familles. Les projets innovants ont été retenus dans une logique de déploiement progressif, afin de garantir leur pérennité.

Aussi, le Projet d'Animation s'inscrit dans une dynamique évolutive et pluriannuelle, avec une projection à court, moyen et long terme :

- Court terme (2026)

À court terme, l'objectif est de consolider les animations régulières existantes, de structurer l'organisation des événements ponctuels et de renforcer les partenariats déjà identifiés. L'intégration de patients du SSIAD qui le souhaitent à certaines animations du quotidien constitue également un axe de progression. Grâce à son agrément collectif porté par la FHF Nouvelle-Aquitaine, l'établissement propose dès le 1^{er} semestre 2026 une mission de service civique sur l'animation, visant à augmenter le temps disponible pour les résidents. Il semble par ailleurs important de s'inscrire rapidement dans l'association des animateurs d'EHPAD de Corrèze (la création du poste étant récente au sein de l'établissement) afin de bénéficier d'un réseau professionnel, de disposer de contacts d'intervenants, d'amplifier les liens inter-EHPAD et de procéder à un « benchmark » (analyse comparative visant à partager les bonnes idées).

- Moyen terme (fin 2026, 1^{er} semestre 2027)

À moyen terme, le projet prévoit le développement des partenariats intergénérationnels, la mise en place d'ateliers numériques et la structuration d'animations inter-établissements. Un budget dédié aux actions culturelles, alloué de manière trimestrielle, permettra de soutenir ces actions.

- Long terme (à compter du 2^{ème} semestre 2027)

À long terme, le projet vise la pérennisation des actions innovantes, notamment la médiation animale, ainsi que le réaménagement des espaces extérieurs et intérieurs de l'établissement. Une grande sortie annuelle à dimension culturelle, mémorielle ou citoyenne viendra compléter l'offre d'animation, renforçant l'ouverture de l'établissement et la participation des résidents à la vie sociale et citoyenne. Il sera aussi utile de répondre à des appels à projets et de monter des dossiers de demandes de subventions afin de constituer des recettes pour le service, et ainsi étoffer davantage l'offre d'animation (notamment, l'acquisition d'un minibus TPMR nécessitera l'obtention de subventions). Dans ce même objectif, il conviendra de favoriser le développement du bénévolat, qui serait un atout précieux. En effet, l'établissement ne compte aucun bénévole à la date de conception du présent projet, ce qui limite de fait les animations proposées.

Synthèse des actions, partenariats et projets – État de l'existant et projection

Axe	Action / Partenaires	Description	Temporalité
Budget culturel	Budget dédié aux actions culturelles	Mise en place d'un budget spécifique alloué aux actions culturelles, réparti et mobilisé une fois par trimestre	À partir de 2027
Partenariats intergénérationnels	École	Mise en place d'un partenariat en lien avec un projet pédagogique favorisant le lien intergénérationnel, dans la mesure du possible	À partir de septembre 2026
	ALSH	Partenariat intergénérationnel déjà en cours	En cours
Partenariats événementiels et associatifs	Comité des fêtes	Prise de contact et organisation de collaborations pour des événements festifs	Année 2026
	Magasins de décoration et fleuristes	Développement de partenariats pour des actions événementielles et décoratives	Année 2026

	Associations locales – Bandas	Accueil de répétitions musicales au sein de l'établissement	Année 2026
	Associations locales – Anciens combattants	Collaboration autour des temps de commémoration (Armistices)	Année 2026
	Associations locales – Baladins troubadours	Accueil de répétitions et temps d'échanges	Année 2026
	Foyer loisirs et inter-EHPAD	Échanges, rencontres et actions communes inter-établissements	Année 2026
Innovations et projets à développer	Régie d'avance	Mise en place d'une régie afin de structurer et dynamiser la vie collective	Année 2027
	Médiation animale	Finalisation et déploiement progressif du projet	Horizon 2028
	Ateliers numériques	Mise en place d'ateliers visant à réduire la fracture numérique	Année 2027
Réaménagement des espaces extérieurs	Terrasse du haut	Réaménagement de l'espace extérieur	Année 2026
	Terrasse du bas	Réaménagement progressif	Année 2027
	Terrasse potager	Réaménagement et valorisation de l'espace	Année 2028
	Partenariat lycée agricole de Voutezac	Prise de contact pour construire un projet pédagogique commun autour des extérieurs	À partir de 2026
Décoration et mobilier intérieur	Décoration intérieure (tableaux)	Étude de revente et remplacement de tableaux	Année 2027
	Mobilier intérieur	Travail conjoint avec le cadre de santé et les ASH pour améliorer le confort	Année 2027
Communication, recrutement et SSIAD	Réseaux sociaux	Développement et structuration de la communication externe	En cours
	Service civique	Lancement du recrutement d'une mission de service civique	1 ^{er} semestre 2026
	Coordination avec le SSIAD	Organisation d'un lien renforcé : envoi des plannings chaque mercredi et inscription des patients aux animations	Janvier 2026

Le Projet d'Animation de l'EHPAD Au Gré du Vent se veut avant tout un projet au service des personnes accompagnées. Il traduit la volonté de proposer un quotidien vivant, rythmé et porteur de sens, dans lequel chaque résident peut trouver sa place, s'exprimer et continuer à faire des choix en fonction de ses envies et de ses capacités.

À travers des temps d'animation réguliers, des événements fédérateurs et des actions ouvertes sur l'extérieur, ce projet vise à créer des moments de partage, de plaisir et de rencontre, essentiels au bien-être et à la qualité de vie en établissement. Il favorise le maintien du lien social, soutient l'autonomie et contribue à préserver l'identité et l'histoire de chacun.

Ce Projet d'Animation s'inscrit dans une démarche évolutive, attentive aux besoins des résidents et aux dynamiques institutionnelles. Il repose sur l'engagement collectif des professionnels, la participation des familles et le développement de partenariats, dans une logique de collaboration et de confiance. En ce sens, il accompagne les résidents tout au long de leur parcours au sein de l'EHPAD, en leur offrant un cadre de vie chaleureux, respectueux et ouvert sur le territoire.

LE PROJET SOCIAL

Cette partie relative au Projet Social est construite en deux sections :

- La première explicite la démarche suivie pour la conception du projet ;
- La seconde permet la présentation des conclusions du groupe de travail.

1) LA DÉMARCHE DU GROUPE « PROJET SOCIAL »

Cette section va traiter dans un premier temps de la composition du groupe de travail, avant de préciser pour chacune des réunions organisées les thèmes abordés.

1-1) Le groupe de travail

L'optique choisie a été de constituer un groupe de travail réunissant la plupart des professions existantes au sein de l'établissement. Ont ainsi participé au groupe de travail « Projet Social », animé par Mme LOUVET, Adjointe Administrative (RH), les agents suivants :

Prénom NOM	Fonction
M. Cédric BORDON	Aide-soignant (SSIAD)
M. Olivier CARLES	Cuisinier
Mme Marie-Christiane CELERIER	Aide-soignante
M. Patrick DELMOND	Agent technique
Mme Nathalie FAUCHER	Aide-soignante
Mme Coralie LABOUIZ	Aide-soignante
Mme Claire LOUVET	Adjointe administrative (RH)
M. Antoine SOULIER	Adjoint des Cadres Hospitaliers

Il est à noter que Mme LOUVET a quitté l'établissement avant de rédiger le Projet Social. M. SOULIER a pris son relais sur la base des comptes-rendus des réunions menées par Mme LOUVET.

1-2) Réunions et thèmes abordés

Le groupe de travail « Projet Social » s'est réuni quatre fois.

Le tableau ci-dessous indique les dates de réunions du groupe « Projet Social » et les thèmes traités :

Date de réunion	Thèmes traités
Mercredi 24 septembre 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du Projet d'Établissement - Présentation du Projet Social - Présentation des thèmes à aborder - Présentation d'un questionnaire - Qualité de Vie au Travail (QVT) et Risques Psycho-Sociaux (RPS)
Mercredi 08 octobre 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Points abordés lors de la dernière réunion - État des lieux de l'établissement au niveau RH - Schémas de la QVT et des RPS
Mercredi 05 novembre 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Points abordés lors de la dernière réunion - Analyse des questionnaires anonymes - Détermination du plan - Documents d'accueil du nouvel Agent / Stagiaire
Mercredi 10 décembre 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Points abordés lors de la dernière réunion - Présentation du plan détaillé - Présentation des résultats de l'Enquête de satisfaction 2022-2023 auprès des personnels EHPAD/SSIAD - Présentation du plan d'actions

2) LES ORIENTATIONS DU PROJET SOCIAL

2-1) Introduction

2-1-1) Définition du Projet Social

Le Projet Social relève de l'article L.6143-2-1 du Code de la Santé Publique : « Le Projet Social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels (...) ».

Il a vocation à concerner tous les salariés de l'établissement titulaires et contractuels.

Sa mise en œuvre répond à la double nécessité d'accompagner la démarche du Projet d'Établissement et de répondre aux attentes collectives et individuelles des agents. Il importe que le lieu de travail puisse aussi devenir un lieu de valorisation, de promotion et de solidarité.

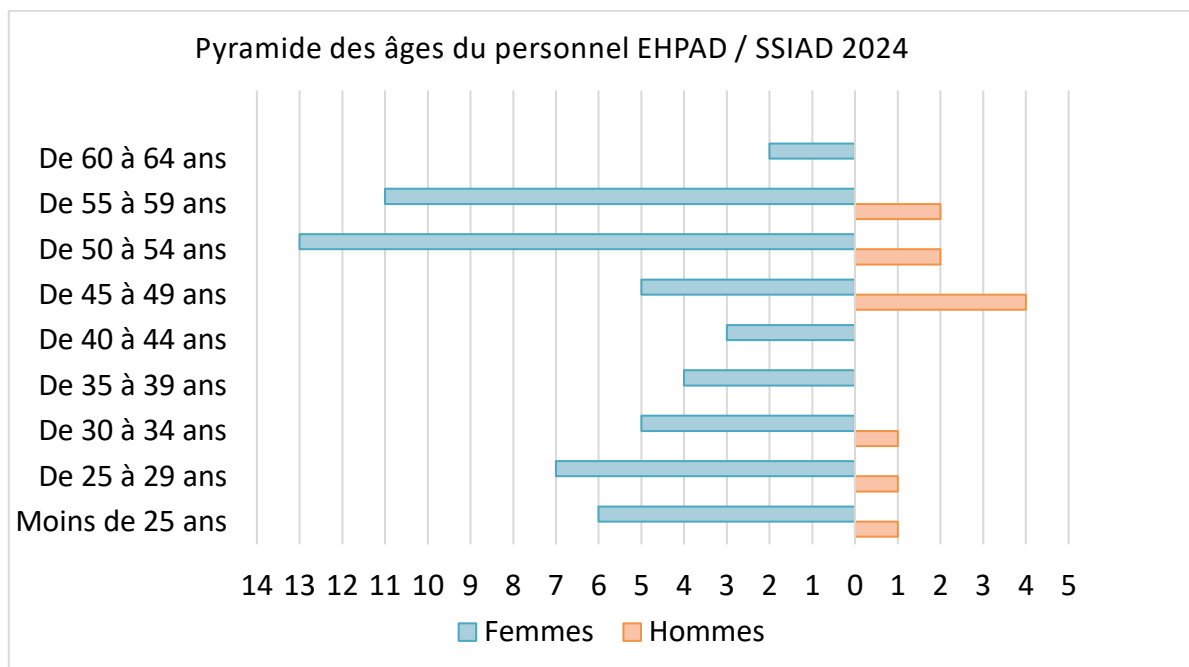
Le Projet Social est également porteur des valeurs humaines déclarées de l'Établissement. Il doit permettre de définir clairement la politique de développement social et de fédérer les agents autour d'objectifs communs.

Il se dotera autant que faire se peut de moyens permettant leur réalisation et d'indicateurs d'évaluation. Ce projet est réfléchi, écrit et mis en œuvre pour améliorer les conditions de travail des agents. Il n'est pas figé, il est évolutif. Il représente par ailleurs la concrétisation écrite de l'engagement de la direction à l'amélioration continue des conditions de travail en fixant clairement pour tous les professionnels les objectifs poursuivis par la structure.

La mise en œuvre opérationnelle du Projet Social repose sur la construction de fiches actions détaillant les objectifs poursuivis, les moyens mobilisés, les acteurs impliqués ainsi que les indicateurs d'évaluation. Ces fiches permettront de traduire les orientations stratégiques en actions concrètes et mesurables. Elles constitueront également un outil de suivi nécessaire pour évaluer régulièrement l'avancement du Projet Social et d'en mesurer les effets sur le fonctionnement de l'établissement et le bien-être des professionnels.

2-1-2) Quelques chiffres

L'analyse des indicateurs de ressources humaines constitue un outil indispensable pour comprendre la dynamique de l'établissement et anticiper les évolutions à court et moyen terme.



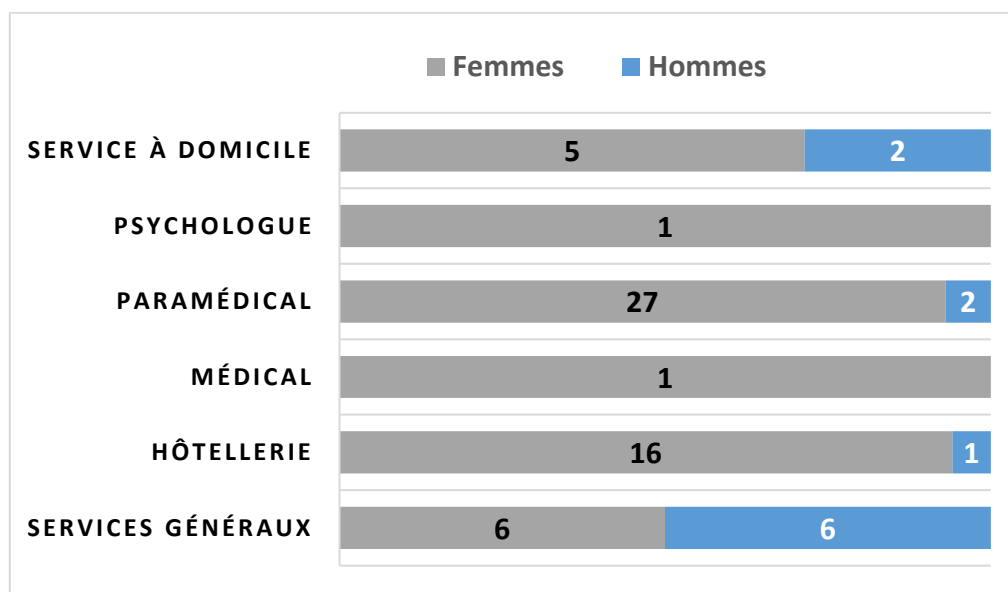
Au 31 décembre 2024, l'établissement recensait 67 agents (11 hommes et 56 femmes). La moyenne d'âge de l'ensemble des membres du personnel (titulaire, stagiaire et contractuel) s'élevait à 44 ans.

Un an plus tôt, au 31 décembre 2023, l'établissement comptait 10 hommes et 51 femmes. La moyenne d'âge s'élevait à 45 ans et la répartition des âges du personnel se situait entre 22 ans et 62 ans.

Répartition de l'effectif par statut au 31/12/2024

STATUTS	Nombre d'agents	Dont Nb de femmes	Dont Nb d'hommes	ETP Total
Titulaire	41	33	8	40.20
Non titulaire	25 ⁽¹⁾	22	3	22.84
Stagiaire	1	1	0	0.60
TOTAL	67	56	11	63.64

Répartition des effectifs par catégorie au 31/12/2024



Répartition de l'effectif total selon l'ancienneté au 31/12/2024

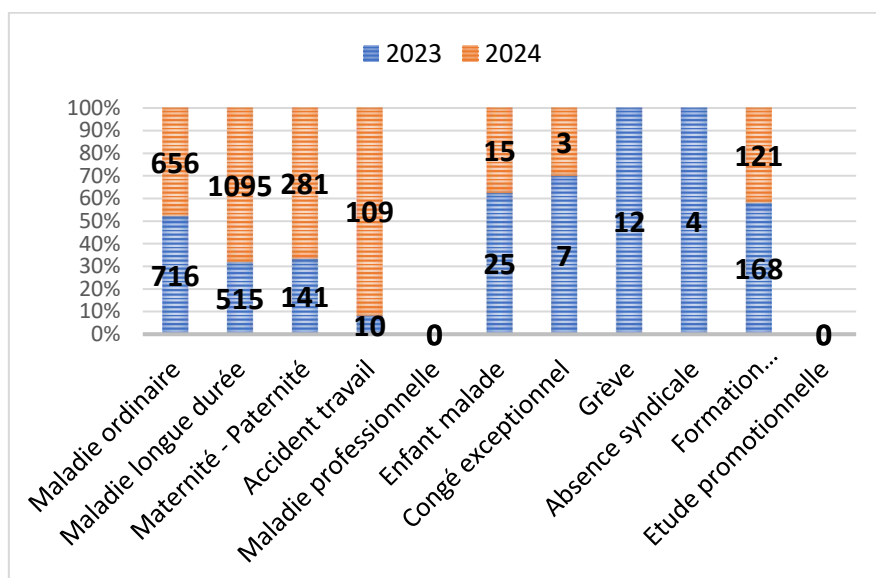
RÉPARTITION	< 2 ans	[2-5 ans]	[6-10 ans]	[11-15 ans]	[16-20 ans]	[21-30 ans]	> 30 ans	TOTAL
Femmes	14	11	6	5	8	5	7	56
Hommes	1	4	1	2	2	0	1	11
TOTAL	15	15	7	7	10	5	8	67

Fin 2024, 15 personnes avaient moins de deux années d'ancienneté contre 14 personnes fin 2023 (13 en 2022 et 11 en 2021).

Le nombre élevé d'agents présents depuis moins de 2 ans s'explique par le fait que l'établissement remplace systématiquement les agents longuement arrêtés.

Mis à part ces remplacements pour raisons de santé, l'établissement n'a que très peu de turnover (départs en retraite, mutations, disponibilité...).

Comparatif du nombre de jours d'absences 2023 – 2024



Taux d'absentéisme 2024 : 9.80 %



Femmes : 11.40 %

44 concernées
Soit **2 098 jours** d'absences



Hommes : 1.60 %

7 concernés
Soit **61 jours** d'absences

Taux d'absentéisme 2023 : 6.69 %



Femmes : 7.48 %

39 concernées
Soit **1316 jours** d'absences



Hommes : 2.95 %

4 concernés
Soit **110 jours** d'absences

Taux d'absentéisme 2022 : 7.07 %



Femmes : 7.94 %

50 concernées
Soit **1488 jours** d'absences



Hommes : 3.16 %

9 concernés
Soit **130 jours** d'absences

L'établissement est peu confronté à des arrêts de travail courts. En lien partiel avec le vieillissement de l'effectif, l'absentéisme se concentre sur les longues maladies ou sur des arrêts en maladie ordinaire de plusieurs mois.

2-2) Les réflexions du groupe de travail

L'établissement s'inscrit dans une mission de service public fondée sur des valeurs essentielles telles que le respect de la dignité, l'égalité et la solidarité. Il veille à garantir l'égalité entre les femmes et les hommes, tant dans l'accompagnement des résidents que dans la gestion du personnel, en assurant un traitement juste et équitable pour tous.

La non-discrimination constitue un principe fondamental : chaque personne est accueillie sans distinction d'origine, de religion, de situation sociale, de handicap ou d'orientation. Dans cette logique, l'établissement a mis en œuvre des Lignes Directrices de Gestion qui structurent sa politique de ressources humaines, en favorisant la transparence, l'équité et la valorisation des parcours professionnels. Ces lignes encadrent notamment les procédures de promotion, fondées sur la valeur professionnelle, les compétences et l'expérience, tout en garantissant l'égalité femmes-hommes et le respect des droits des agents.

2-2-1) Ressentis des participants sur le climat social

Dans le cadre de l'élaboration du Projet Social, un questionnaire anonyme a été diffusé auprès des participants afin de recueillir leur perception du climat de travail. Les réponses étaient évaluées sur une échelle allant de 1 à 10. Ont ainsi été explorés des thèmes comme les échanges entre collègues, l'ambiance de travail, l'environnement matériel, la satisfaction dans le poste occupé, les conditions de travail, la communication interne, l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et la fierté d'appartenance à l'établissement.

L'analyse des résultats a été réalisée à partir des moyennes obtenues pour chaque thème ainsi que de l'évolution des tendances identifiées : amélioration, stabilisation ou détérioration.

Plusieurs points forts ressortent de cette analyse. Les équipes soulignent notamment la présence d'un esprit d'entraide entre collègues, des conditions matérielles globalement satisfaisantes ainsi qu'une capacité d'adaptation importante face aux évolutions organisationnelles. Les professionnels expriment également une volonté d'apprendre et de progresser dans leur parcours professionnel. De manière générale, les agents déclarent éprouver du plaisir à travailler au sein de l'établissement et souhaitent majoritairement poursuivre leur évolution professionnelle dans cette structure.

Cependant, certains points de vigilance ont également été identifiés. La communication institutionnelle apparaît parfois insuffisante ou insuffisamment lisible pour les équipes. Un manque de reconnaissance du travail accompli est également évoqué. Par ailleurs, plusieurs professionnels soulignent une charge de travail importante générant du stress, ainsi que des

difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle. Enfin, une dégradation de la communication entre certains services et un sentiment de découragement ont été exprimés par plusieurs agents.

Il en ressort de premières pistes de réflexions :

- Moments conviviaux à organiser régulièrement (petits-déjeuners d'équipe, apéritifs interservices, temps informels partagés...). Ces rendez-vous devraient être pensés pour inclure l'ensemble des agents, y compris les équipes du week-end et de nuit. L'idée n'est pas de se substituer aux actions de fond sur la communication et le management, mais d'y contribuer,
- Amélioration de la communication interne, notamment par une formation à la communication,
- Formation à la gestion du stress,
- Ateliers Qualité de Vie au Travail (massages...).

2-2-2) État des lieux de la Qualité de Vie au Travail (QVT)

Après cette analyse du ressenti des participants, il est essentiel d'objectiver la situation au sein de l'établissement, par l'analyse de différents éléments contribuant à une meilleure qualité de vie au travail.

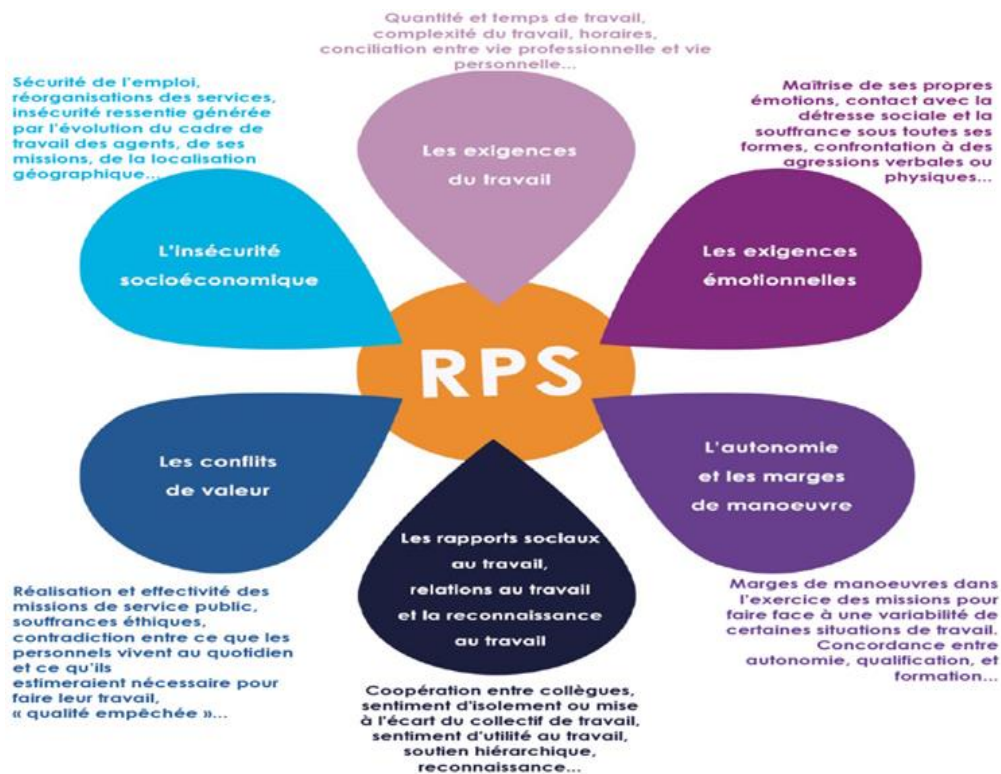
Cet axe concerne la promotion de la qualité de vie au travail et le renforcement du climat social. Cela implique d'agir sur les conditions de travail, le dialogue social, la communication interne et les pratiques managériales. La prévention des risques professionnels, qu'il s'agisse des risques psychosociaux, des troubles musculo-squelettiques ou des enjeux de santé et de sécurité au travail, constitue également un volet essentiel.

Il est tout d'abord présenté deux schémas relatifs à la Qualité de Vie au Travail (QVT) et aux Risques Psycho-Sociaux (RPS), afin de mieux appréhender ces notions importantes :

❖ Qualité de Vie au Travail



❖ Risques Psycho-Sociaux



2-2-2-1) La qualification des effectifs

Une attention particulière est portée à la qualification des équipes afin de garantir un accompagnement de qualité adapté aux besoins des résidents. L'établissement veille à disposer de professionnels qualifiés et compétents, tout en favorisant l'accès à la formation continue et au développement des connaissances professionnelles. Cette démarche permet de maintenir un haut niveau de compétences, d'accompagner l'évolution des pratiques et de renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge au quotidien.

L'EHPAD n'emploie qu'occasionnellement des agents faisant fonctions.

2-2-2-2) Les formations

L'établissement organise de nombreuses formations, en lien avec les besoins observés et les souhaits de agents.

Les principales formations classiquement programmées sont les suivantes :

- Bientraitance,
- TMS et manutention relationnelle des résidents,
- Accompagnement fin de vie et soins palliatifs,
- Connaissance de la personne âgée « Alzheimer »,
- Accompagnement des troubles psychiatriques en EHPAD,
- Prise en charge de la douleur,
- Perfectionnement du conducteur (pour le SSIAD),
- Touchers et massages,
- Amour et rides : reconnaître la sexualité de la personne âgée,
- Actualisation des connaissances ASH en hygiène et prévention des TMS,
- Utilisation du logiciel de soin,
- AFGSU,
- HACCP...

Ces formations adaptées facilitent l'exercice professionnel. Il est important de souligner que les formations sont ouvertes aux agents contractuels afin de disposer de plus grand nombre possible de professionnels formés sur ces différentes thématiques.

Dans les années 2010, l'établissement avait également organisé de nombreuses formations Humanitude.

2-2-2-3) Le matériel et les fournitures

Dans le cadre de l'amélioration de la QVT et de la prévention des RPS, l'EHPAD met à disposition des agents du matériel adapté visant à faciliter leurs missions quotidiennes et à préserver leur santé. Ces équipements, pensés pour réduire la pénibilité des tâches et améliorer les conditions de travail, contribuent à créer un environnement professionnel plus sûr, ergonomique et respectueux du bien-être de chacun.

Sont ainsi à disposition des agents soignants : des verticalisateurs, des lève-malades, divers autres matériels de transfert, un Raizer 2 facilitant le relevage d'un résident tombé au sol... Pour améliorer encore ces équipements, des rails au plafond en H vont être installés courant 2026 dans 40 chambres, de manière à réduire autant que faire se peut le risque de TMS.

L'équipe de cuisiniers bénéficie d'une cuisine très bien équipée.

Au-delà du matériel, l'établissement veille à ce qu'il ne manque pas de fournitures : achat mensuel de protections, achat régulier de produits d'entretien, commandes annuelles de vaisselle et de linge afin de conserver en permanence un stock suffisant... Cette organisation facilite le travail des professionnels et leur permet de mieux se centrer sur leurs missions, les problématiques logistiques étant minimisées.

2-2-2-4) L'organisation du travail

L'établissement veille à mettre en place une organisation favorisant de bonnes conditions de travail et le bien-être des agents.

Les roulements sont construits de manière à être équitables entre les agents et à ne pas provoquer de fatigue particulière.

Pour ce qui est de la pose de congés, les agents sont libres de s'organiser en concert avec leurs collègues, dans le respect des consignes données. Ce n'est qu'en cas de désaccord persistant que le chef de service tranche.

Comme mentionné dans les autres sous-projets, diverses fiches de poste méritent d'être actualisées.

Par ailleurs, 4 membres de l'équipe de Direction se relaient dans le cadre d'une « Continuité de service ». Ils sont ainsi disponibles hors des horaires de présence de l'administration pour trouver des solutions de remplacement lorsque des agents ne peuvent pas venir travailler au dernier moment. Cette « Continuité de service » sert également à entreprendre les démarches nécessaires en cas de défaut matériel et/ou technique.

À ce titre, l'établissement bénéficie de l'astreinte « Service technique » du GCSMS O Vézère.

En complément, une garde de direction est disponible en permanence pour les problématiques plus importantes.

2-2-2-5) La mise en avant des compétences spécifiques

Une mise en avant des compétences spécifiques des professionnels est réalisée afin de valoriser les savoir-faire présents au sein de la structure. Cette démarche permet d'identifier et de reconnaître les compétences techniques, relationnelles et organisationnelles de chacun, tout en favorisant leur mobilisation au service de l'accompagnement des résidents. Elle contribue également au développement de la qualité des prises en charge, au renforcement du travail en équipe et à l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

Il peut être cité à ce titre les soignants référents de résidents, afin de faciliter le lien avec la famille et l'élaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé.

De même, plusieurs agents sont référents de diverses thématiques (douleur, matériel, bientraitance, protections...).

Selon leurs compétences particulières, des professionnels participent également à la Commission d'animation et à la Commission des menus.

2-2-2-6) L'enquête de satisfaction du personnel

Depuis 2020, l'établissement a mis en place une enquête de satisfaction anonyme pour les personnels EHPAD et SSIAD.

Cette enquête est programmée de manière triennale. Ainsi, une enquête va être proposée en 2026.

Le bilan est incorporé pour l'EHPAD et pour le SSIAD au document de synthèse des enquêtes de satisfaction, présenté en instances.

Il est ainsi important pour l'établissement de bénéficier de ces retours afin de faire évoluer favorablement sa politique sociale.

2-2-3) Développement des formations

La fiche de recueil des souhaits de formation sera retravaillée d'ici la fin de l'année 2026. Le constat est partagé : dans sa forme actuelle, elle ne permet pas une expression suffisamment fine des besoins individuels. La réflexion porte sur une restructuration complète du document, qui intégrerait des items sur les besoins de montée en compétences, les envies d'évolution professionnelle et les besoins en sécurité des pratiques. L'idée est qu'elle devienne un vrai support d'échange, et qu'elle alimente directement le plan de formation de l'établissement.

La mise à disposition d'un catalogue de formations est également envisagée, pour permettre à chaque agent de se positionner de façon plus autonome.

Par ailleurs, les formations sont souvent programmées par un établissement qui ne dispose pas des effectifs suffisants pour organiser un groupe complet (souvent 12 participants). Il est alors proposé à d'autres structures de prendre les places restantes. Cette organisation n'est pas optimale et génère une sous-utilisation des crédits de formation, les groupes étant difficiles à compléter.

Il semble indispensable de mieux organiser ces formations, par une concertation en amont avec d'autres établissements sur les thématiques classiques. Aussi, dans le cadre de la constitution des GTSMS, la formation sera très certainement une des fonctions mutualisées.

Cela permettra d'une part aux agents de se rencontrer et d'échanger avec les autres professionnels du secteur et d'autre part d'alléger les coûts, tout en diversifiant les possibilités de formations.

Comme démontré par le questionnaire complété par les membres du groupe « Projet Social », l'ambiance au travail ainsi que la communication constituent des points à améliorer au sein de l'établissement. En ce sens, l'établissement organise une formation « Communication » pour l'ensemble des professionnels (encadrants compris) de la structure, afin que chacun dispose des clefs pour développer une communication saine et efficace.

2-2-4) Accueil des stagiaires

L'établissement accueille chaque année un grand nombre de stagiaires, issues de diverses formations (le plus souvent IFSI, IFAS, Bac Pro ASSP...). Ainsi, 1124 journées de stage ont été effectuées au sein de l'EHPAD et du SSIAD en 2024. Plusieurs agents ont suivi des formations au

tutorat pour optimiser leur encadrement. Il est ainsi essentiel pour la structure de prendre sa part dans la formation des futurs professionnels.

Cette politique permet également de repérer des personnes pouvant par la suite intégrer l'établissement, ce qui est utile compte-tenu des difficultés de recrutement persistantes dans le secteur.

Le livret remis aux stagiaires n'a pas été actualisé depuis plusieurs années. La réflexion porte sur une refonte complète de ce document, pour qu'il soit à la fois complet, lisible et représentatif de ce que l'établissement est aujourd'hui. Seraient notamment revus : la présentation de la structure, les règles de fonctionnement, la posture professionnelle attendue et les modalités d'encadrement. L'enjeu est aussi d'en faire un document accueillant, qui donne une image positive de l'établissement.

2-2-5) Accueil des nouveaux agents

Dans le même esprit, le livret d'accueil remis à chaque nouvel agent gagnerait à être entièrement revu. L'idée est d'en faire un vrai outil d'intégration : présentation de la structure et de ses valeurs, organigramme à jour, informations pratiques sur les droits et obligations, ressources disponibles en interne. Il pourrait également aborder les engagements de l'établissement en matière de qualité de vie au travail, afin que chaque agent comprenne dès son arrivée que son bien-être fait partie des priorités.

Il est proposé de mettre en place un point d'étape à 1 mois pour tout agent nouvellement embauché, afin qu'il puisse faire part des points positifs et des difficultés rencontrées, dans le but de résoudre les éventuelles problématiques soulevées.

2-2-6) Santé au travail

La Santé au travail est un élément essentiel.

Le groupe de travail a constaté que le DUERP de l'EHPAD était méconnu de la plupart des agents, qui ne savaient ni où le consulter ni ce qu'il contenait. Ce point constitue un axe de travail prioritaire. L'idée est de procéder à une remise à jour complète du document, en associant les représentants du personnel et l'encadrement, avec une attention particulière portée aux risques physiques et aux RPS.

Au-delà de la mise à jour elle-même, l'enjeu est de rendre ce document visible et accessible à tous. Une révision annuelle régulière pourrait ensuite être formalisée pour en faire un outil véritablement vivant. Ce DUERP pourra utilement être intégré aux documents disponibles sur le logiciel qualité en cours de déploiement (Cf Projet Qualité).

Parmi les pistes explorées pour améliorer la qualité de vie au travail, l'organisation d'ateliers bien-être fait partie des propositions qui ont retenu l'attention du groupe. Seraient envisagés des ateliers de sophrologie, de gestion du stress et de massages amma assis (une technique pratiquée sur chaise ergonomique, sans déshabillage, en une quinzaine de minutes, qui cible les zones de tension du haut du corps). Ces ateliers seraient animés par des intervenants qualifiés et planifiés sur des créneaux variés, pour s'adapter aux plannings de tous les agents, y compris les équipes de nuit. L'idée n'est pas anecdotique : il s'agit de leviers concrets de prévention, au service de la santé et de la longévité professionnelle de chacun.

Un point rarement abordé dans les établissements médico-sociaux mérite pourtant attention : la sédentarité des postes à dominante assise. Une partie des agents est directement concernée (personnels administratifs, directeur, cadre de santé, IDEC) et tout professionnel amené à travailler de façon prolongée sur ordinateur. Rester assis plusieurs heures d'affilée peut en effet générer des tensions musculaires, des douleurs dorsales et des effets négatifs sur la santé à long terme.

Cette réalité invite à s'interroger sur les aménagements qui pourraient être envisagés. Parmi les pistes qui pourraient être explorées : l'acquisition de ballons d'assise ergonomiques, peu coûteux et faciles à mettre en place, ou encore, pour les postes les plus concernés, des bureaux assis-debout permettant d'alterner les positions au fil de la journée. Ces réflexions n'en sont qu'à un stade préliminaire et mériteraient d'être approfondies avec les responsables concernés et le service de santé au travail, afin d'identifier les postes prioritaires et d'évaluer la faisabilité d'un tel projet.

Prendre soin des résidents commence par prendre soin des agents. Dans cette logique, l'établissement souhaite structurer davantage son partenariat avec le service de santé au travail. L'idée est de garantir un suivi médical régulier et adapté, en veillant au respect des visites obligatoires pour chaque professionnel. En lien avec le médecin du travail, des actions collectives de prévention pourraient être envisagées : prévention des TMS, gestion de la fatigue, accompagnement des agents en situation de restriction d'aptitude. L'objectif poursuivi est de permettre à chacun d'exercer son métier dans de bonnes conditions, le plus longtemps possible.

L'exercice en EHPAD et en SSIAD expose à une charge émotionnelle importante, et demander de l'aide ne devrait jamais être perçu comme une faiblesse. Dans cette perspective, l'établissement réfléchit à mieux orienter les agents en demande vers une plateforme d'écoute et d'accompagnement psychologique. Celle-ci doit être confidentielle et accessible à distance, pour permettre à chacun de bénéficier d'un soutien adapté au moment où il en a besoin. Pour que ce dispositif soit réellement utile, sa communication auprès des équipes devra être soignée : l'enjeu étant de le présenter non pas comme un aveu de difficulté, mais comme une ressource disponible pour toutes et tous.

2-2-7) Analyse des pratiques professionnelles

Travailler auprès de personnes âgées dépendantes, c'est faire chaque jour face à des situations complexes.

La mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles serait en ce sens un atout appréciable. Ces espaces de réflexion collective, animés par un(e) psychologue extérieur(e), permettraient à chacun de prendre du recul sur ses pratiques, de partager des situations vécues sans jugement et de construire des réponses en équipe.

Au-delà de la prévention de l'épuisement professionnel, ces groupes pourraient contribuer à renforcer la cohésion entre collègues et à améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents. La question de l'accessibilité pour les équipes de nuit devra être pensée dès la conception du dispositif.

2-2-8) Anticipation des départs en retraite

L'établissement compte dans ses rangs de nombreux professionnels en fin de carrière. Se pose la question, à moyen terme, de la transmission des compétences et de la continuité du service lors de ces départs à la retraite.

La réflexion porte sur la mise en place d'un tableau de suivi des départs prévisionnels, qui permettrait d'identifier les agents susceptibles de partir dans les cinq années à venir et les compétences associées à leurs postes. Sur cette base, des actions pourraient être organisées en amont (tutorat, doublures, transmission de savoirs) pour préparer les transitions sereinement.

2-2-9) Amélioration de la communication

La formation « Communication » pour l'ensemble des professionnels a déjà été abordée précédemment.

Concernant la circulation des informations, les membres du groupe de travail souhaiteraient avoir systématiquement un message TITANLINK les informant de l'arrivée d'un nouvel agent.

Les notes de service sont affichées et transmises via la messagerie interne sur TITANLINK aux équipes concernées. Il en sera de même pour les procès-verbaux des CSE.

Dans cette même optique, un Flash Info RH sera mis en place trimestriellement. Celui-ci pourrait aborder les embauches, les nouveautés en ce qui concerne le Droit, et toute autre information à destination des agents. Les noms proposés sont : « Au gré des infos », « Le petit vent » ou encore « La brise ».

L'idée d'un « Vis ma vie » (un agent allant voir les missions effectuées par un autre professionnel) a été discutée. Les participants trouvent l'idée intéressante tout en reconnaissant qu'une mise en place serait complexe.

La circulation des informations et incidents, notamment techniques, est également un point à améliorer. À ce titre, l'établissement s'équipe du logiciel Qualité « Qualineo », qui va permettre de faciliter la déclaration des événements indésirables ainsi que la transmission d'informations quant aux dysfonctionnements techniques (Cf Projet Qualité).

2-2-10) Le télétravail

Pour répondre à des besoins ponctuels, l'établissement a par le passé mis à disposition d'agents un ordinateur portable doté d'une connexion à distance afin de leur permettre d'effectuer du télétravail.

Il serait utile à l'avenir de mieux encadrer cette possibilité.

2-2-11) Implication dans la lutte contre les violences conjugales, intrafamiliales et de genre

L'établissement emploie une très grande majorité de femmes. Cette réalité invite à s'emparer concrètement de la question des violences conjugales, intrafamiliales et de genre.

La réflexion porte sur l'organisation d'actions de sensibilisation à destination de l'ensemble du personnel : repérer les signes, connaître les dispositifs d'aide, savoir comment orienter un(e) collègue en difficulté.

La désignation de référents internes formés à cet effet est également envisagée, pour que chaque agent puisse trouver au sein même de l'établissement une oreille attentive et une orientation discrète. Cette démarche s'inscrit dans la politique d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes portée par la structure.

LE PROJET SSIAD

Cette partie relative au Projet de service du SSIAD est construite en deux sections :

- La première explicite la démarche suivie pour la conception du projet ;
- La seconde permet la présentation de l'existant et les conclusions du groupe de travail.

1) LA DÉMARCHE

Cette section va traiter dans un premier temps de la composition du groupe de travail, avant de préciser pour chacune des réunions organisées les thèmes abordés.

1-1) Le groupe de travail

La démarche participative permet de valoriser et d'affirmer le rôle de chaque catégorie professionnelle dans le circuit de la prise en soins des patients.

Le présent projet a été écrit en équipe pluridisciplinaire au cours de 5 réunions. Ont participé au groupe de travail, animé par Mme PINHEIRO, infirmière coordinatrice du SSIAD, les agents suivants :

Prénom NOM	Fonction
M. Cédric BORDON	Aide-Soignant SSIAD
Mme Léa BRASSAT	Psychologue SSIAD
Mme Véronique GRAVELEAU	Aide-Soignante EHPAD
Mme Valérie PAMBOUTZOGLOU	Aide-Soignante SSIAD
Mme Stéphanie PINHEIRO	Infirmière Coordinatrice SSIAD
M. Antoine SOULIER	Adjoint des Cadres Hospitaliers
Mme Marie-Anne TOURRET	Aide-Soignante SSIAD

1-2) Réunions et thèmes abordés

Le tableau ci-dessous indique les dates des 5 réunions du groupe « Projet de service du SSIAD » et les thèmes traités :

Date de réunion	Thèmes traités
Mercredi 8 octobre 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Rappel du cadre réglementaire - Définition du projet de service par l'ANESM - Définition du projet collectif - Reprise de l'existant avec les points forts et les points à améliorer d'un point de vue : <ul style="list-style-type: none"> * des patients * des partenaires * du personnel - Convention en vue de créer un SAD - Orientations prévues par le service
Vendredi 10 octobre 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Retour sur la réunion précédente - Lecture du projet de service existant - Organisation interne - Livret d'accueil - Fiches de fonction et fiches de poste des AS - Projet soutien aux aidants
Vendredi 14 novembre 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Retour sur la réunion précédente - Plan détaillé du projet de service - Recensement de tous les professionnels de santé et des services du domicile - Rôles et missions d'un aide-soignant à domicile et de l'infirmière coordinatrice - Fonctionnement quotidien du service avec planification des tournées - Système de communication interne et externe - La gestion administrative - La gestion du personnel - La gestion financière et la facturation - La gestion des achats et du stock - La sécurité et l'hygiène des locaux

<p>Lundi 17 novembre 2025</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Retour sur la réunion précédente - Préadmission et admission - Déroulement de la prise en soins - Motifs de la fin de prise en soins - L'accompagnement fin de vie et décès - Particularités de l'intervention à domicile : <ul style="list-style-type: none"> * la prise de distance * les clés * le circuit du médicament * le risque infectieux et les épidémies * les situations d'urgence * la sécurité des trajets - Risques de la fragilité de la personne âgée - Élaboration du projet d'accompagnement personnalisé
<p>Mercredi 10 décembre 2025</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Retour sur la réunion précédente - Choix des échelles d'évaluation via le logiciel de soins à utiliser : <ul style="list-style-type: none"> * Évaluation des besoins de Virginia Henderson * AGGIR * GDS (dépression) * ZARIT (épuiement de l'aidant) * État buccodentaire * Échelles de la douleur * BRADEN (état cutané) * SEGA (fragilité de la personne âgée)

2) LES ORIENTATIONS DU PROJET DE SERVICE SSIAD

Cette section traite des valeurs du service, de son organisation, de son fonctionnement, du parcours de l'utilisateur, des particularités de l'intervention à domicile, des objectifs, des dispositifs de pilotage, avant d'élaborer une conclusion au projet.

2-1) Valeurs et principes du Service

Dans l'optique d'accompagner les personnes âgées hors établissement, l'EHPAD Au Gré du Vent a structuré un Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) sur le Canton d'Allasac qui a ouvert le 3 octobre 2007, en zone rurale.

Le service fait référence aux valeurs de :

- la fonction publique hospitalière,
- la Charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté du 08/09/03),
- la Charte de la personne âgée dépendante (juillet 2007).

Le Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) s'inscrit au cœur des politiques de maintien à domicile et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Il a pour mission principale de permettre aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques de continuer à vivre chez elles dans des conditions de sécurité, de dignité et de qualité de vie optimales.

À travers des interventions coordonnées, le SSIAD contribue à prévenir la dégradation de l'état de santé, à éviter ou écourter les hospitalisations, et à retarder l'entrée en établissement. Il joue également un rôle essentiel dans la coordination des acteurs de santé et dans le soutien aux aidants, en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques, notamment celles de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ainsi, le projet de service vise à définir les modalités d'organisation et d'intervention du SSIAD afin de garantir une prise en soins globale, personnalisée et de qualité, adaptée aux besoins du territoire et des personnes accompagnées.

2-1-1) Promouvoir la bientraitance et le respect de l'utilisateur

La bientraitance est une **démarche volontaire et collective** visant à garantir le bien-être, la sécurité, la dignité et l'autonomie de la personne accompagnée.

La bientraitance n'est pas uniquement l'absence de maltraitance : c'est la **recherche permanente de la qualité de vie optimale** pour l'utilisateur.

Le respect de l'utilisateur consiste à **reconnaître la personne comme sujet de droits** et non comme simple bénéficiaire de soins.

La bientraitance et le respect de l'usager dans un SSIAD signifient **agir avec bienveillance, professionnalisme et humanité**, en donnant à la personne accompagnée une place centrale dans les décisions qui la concernent.

Les axes de travail choisis sont :

- Sensibilisation régulière des professionnels en poste et des nouveaux agents sur les situations potentiellement à risque,
- Réflexion sur la formation de tous les agents à la philosophie de soins Montessori (solliciter les capacités préservées et favoriser l'autonomie / Accompagner les professionnels et redonner du sens aux pratiques). Une formation Humanitude avait déjà été mise en place,
- Mise à disposition du numéro vert de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et handicapées sur la page de garde du classeur à domicile,
- Recueil de l'avis des usagers sur le respect de leurs droits lors des interventions du SSIAD (mention dans le questionnaire de satisfaction des usagers),
- Existence d'une charte de Bientraitance,
- Respect du secret professionnel.

2-1-2) Développer une dynamique de gestion des risques

Plusieurs axes ont été mis en place :

- Existence d'une bibliothèque qualité,
- Développement du professionnalisme,
- Implication de l'ensemble des professionnels à la démarche,
- Mise à disposition du document « gestion des risques professionnels » avec mise à jour annuelle et suivi du plan de prévention / gestion des risques (par les référents AS et l'IDEC),
- Mise à disposition d'une feuille d'événement indésirable spécifique au SSIAD,
- Mise à disposition pour le patient et les familles d'un document « réclamations » dans le classeur à domicile.

L'établissement envisage de mettre en place un logiciel qualité "Qualinéo" afin de centraliser la gestion documentaire et d'en permettre l'accès aux agents selon les droits attribués. Cet outil permettra aussi la saisie informatique des feuilles d'événements indésirables et des réclamations (Cf Projet Qualité).

2-1-3) Poursuivre une démarche qualité continue

La **démarche qualité continue dans un SSIAD** (Service de Soins Infirmiers À Domicile) désigne un **processus permanent et structuré d'amélioration des pratiques**, visant à garantir aux usagers des soins sûrs, efficaces et adaptés à leurs besoins, tout en optimisant l'organisation du service.

L'objectif final est d'améliorer en continu la **qualité des soins**, la **sécurité des interventions à domicile** et le **bien-être des bénéficiaires**, tout en assurant une organisation efficiente du SSIAD.

Les outils et dispositifs mis en place sont :

- Implication des professionnels du service,
- Existence d'une bibliothèque qualité,
- Évaluation interne d'avril 2013 et évaluation externe de février 2014 ; Évaluation interne de 2019-2021 et évaluation externe validée en juin 2021,
- Collaboration avec l'association SOINS 19 regroupant les IDEC des SSIAD du département pour structurer les supports et outils de travail, développer le partage des expériences avec les autres SSIAD et mutualiser des formations IDEC ou AS afin qu'elles soient adaptées et centrées sur le domicile,
- Les enquêtes de satisfaction annuelles des patients,
- Les enquêtes de satisfaction auprès des partenaires tous les 5 ans,
- Le suivi des réclamations.

2-2) Organisation du Service

2-2-1) L'équipe pluridisciplinaire du SSIAD et autres professionnels

2-2-1-1) Composition du SSIAD

Le SSIAD se compose ainsi :

- Infirmière coordinatrice, responsable du service : 1 ETP
- Aides-soignants : 6 ETP
- Une psychologue à 25% (poste pérennisé dans le cadre d'une réponse à un appel à projet ARS « Psychologue en SSIAD », élaborée en partenariat avec le CHG d'Uzerche).

Les infirmières libérales (IDEL) travaillent pour leur part par conventionnement avec le SSIAD.

2-2-1-2) Autres professionnels au service de la population âgée

D'autres professionnels interviennent auprès de la population âgée sur le territoire :

- Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Deux EHPAD publics sont implantés sur le canton :

- ✓ L'EHPAD d'Allasac (capacité 80 lits d'hébergement permanent)
- ✓ L'EHPAD de Donzenac (capacité 80 lits d'hébergement permanent)

De l'hébergement temporaire est proposé à proximité du canton sur les EHPAD d'Objat et de Varetz.

- Corrèze Autonomie

Le Département s'est engagé, via un numéro unique, à aider au quotidien les personnes ayant besoin :

- d'une information générale sur une question liée à l'autonomie,
- d'organiser leur maintien à domicile ou celui d'un proche (aide à domicile, portage de repas, téléassistance, ...),
- d'une écoute bienveillante,
- d'un accompagnement administratif adapté à la situation (dossier APA, PCH, ...).

Le dispositif Télé assistance permet de proposer aux personnes un service d'appel et de sécurité en cas de chute ou autres difficultés, ainsi qu'un soutien afin de lutter contre l'exclusion et l'isolement. Au-delà des appels d'urgence, cette intervention peut prendre la forme d'appels téléphoniques de convivialité ou de visites à domicile.

Le SSIAD est en contact avec le référent de Corrèze autonomie du Canton.

- Les professionnels de santé présents sur le territoire à la date de conception du Projet sont les suivants :
 - ✓ 13 médecins libéraux,
 - ✓ 5 pharmacies,
 - ✓ 26 infirmières et infirmiers libéraux, dont la majorité sont intégrés dans des groupements,
 - ✓ 12 kinésithérapeutes,
 - ✓ 2 pédicures.

2-2-2) Rôles et fonctions

2-2-2-1) Le rôle d'un Aide-Soignant dans un SSIAD

L'aide-soignant en SSIAD est un **acteur clé du maintien à domicile**. Il assure des **soins d'hygiène**, surveille l'état de la personne, contribue à son **bien-être**, prévient les risques et collabore étroitement avec l'infirmière coordinatrice pour garantir des soins adaptés, sécurisés et individualisés.

L'**aide-soignant en SSIAD** intervient au domicile des personnes âgées, en situation de handicap ou malades chroniques, pour les accompagner dans les actes essentiels de la vie quotidienne et contribuer à leur maintien à domicile.

Organisation des soins :

- Assurer en collaboration avec l'IDEC les soins relatifs aux actes de la vie courante,
- Réaliser les soins d'hygiène requis,
- Évaluer l'autonomie des personnes prises en charge,
- Participer à la mise en œuvre du plan de soins,
- Élaborer les Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP) en collaboration avec la psychologue et l'IDEC,
- Veiller à la bonne gestion du dossier de soins,
- Transmettre les informations utiles oralement et par écrit à l'IDEC,
- Identifier, évaluer les risques :
 - ✓ de déshydratation (être encore plus vigilant pour les personnes isolées),
 - ✓ de dénutrition,
 - ✓ d'escarre,
 - ✓ de chute,
 - ✓ de douleur,
 - ✓ de souffrance psychique de l'aidant,
 - ✓ de négligence par l'aidant.
- Initier des actions de prévention en lien avec les risques identifiés et mettre en place des séquences éducatives,
- Gérer des urgences.

Relation, communication et information :

- Établir une relation de confiance avec la personne prise en charge et son entourage,
- Être respectueux de la personne (pudeur, dignité),
- Travailler en collaboration avec les partenaires,
- Veiller à la traçabilité des informations.

Formation :

Encadrer les élèves ou étudiants en soins infirmiers et les nouveaux professionnels du SSIAD.

Par ailleurs, l'IDEC a décidé de nommer des référents pour différents domaines (référent véhicules, étudiants, GIR et plan de soins ...) afin de valoriser les soignants et exploiter les compétences de chacun.

Dans le service, des fiches de poste et des fiches de fonction ont été élaborées. Une mise à jour de ces fiches est prévue en fiche action.

2-2-2-2) Le rôle de l'IDEC

Sous la responsabilité de la Cadre de santé de l'EHPAD, l'IDEC est le **pilote organisationnel et soignant** du SSIAD.

Son rôle est à la fois **managérial, clinique, organisationnel et relationnel**, afin d'assurer la qualité des soins et la continuité des interventions au domicile.

L'IDEC est la **pièce angulaire du SSIAD** : elle organise, coordonne, encadre, évalue et assure la qualité des soins au domicile.

Elle garantit que chaque usager bénéficie de soins sécurisés, adaptés et cohérents tout en soutenant l'équipe soignante et les familles.

Activités techniques :

- Gestion, en collaboration avec l'équipe et la psychologue du service de l'admission ou non d'un usager et de l'arrêt des interventions,
- Explication de l'organisation du service et de ses limites aux usagers et familles,
- Évaluation de la dépendance et création d'un projet de soins individualisé en collaboration avec les AS et la psychologue,
- Planification des interventions des aides-soignant(e)s,
- Coordination avec les autres intervenants,
- Réévaluation régulière des besoins des usagers et réajustement du dossier de soins et de la planification des passages en collaboration avec l'IDEL,
- Garantie de la qualité des soins effectués en collaboration avec les aides-soignant(e)s,
- Prévention et éducation thérapeutique des patients,
- Tenue du dossier de soins infirmiers et contrôle de la qualité des transmissions, écrites et orales,
- Gestion du petit matériel nécessaire aux soins.

Activités administratives :

- Élaboration du dossier patient (administratif et soin) et tout autre document réglementaire,
- Utilisation de l'outil informatique afin de répondre aux obligations de fonctionnement (logiciel spécifique à la gestion des patients ARCHE MC2),
- Maîtrise de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en vigueur pour assurer le suivi et la validation des actes réalisés et facturés par les IDEL, puis transmission à l'administration,
- Contribution à la mise en œuvre de la démarche qualité du SSIAD,
- Élaboration des documents individuels de prise en charge,
- Liens avec le médecin traitant du patient,
- Gestion de l'activité du service en fonction des places financées,
- Connaissances des textes législatifs concernant le SSIAD et les professions d'infirmier et d'aide-soignant,
- Gestion du courrier papier et des messages électroniques,
- Contribution à la permanence téléphonique,
- Activité de management de l'équipe,
- Prévention des risques professionnels en faisant respecter les recommandations de bonnes pratiques,
- Élaboration du planning du personnel et des étudiants, et gestion des remplacements,
- Intégration des nouveaux salariés,
- Accueil et organisation de l'encadrement des étudiants pendant leur stage,
- Animation des différentes réunions de coordination avec les agents du service,
- Maintien de l'esprit d'équipe et de la convivialité, en impulsant une dynamique d'action,
- Repérage des besoins en formation du personnel,
- Activité relationnelle et coordination,
- Participation à la recherche en soins infirmiers,
- Rédaction de protocoles de soins,
- Contribution à l'évolution et à la reconnaissance de la profession.

2-2-3) Gestion administrative

La gestion administrative est assurée par l'IDEC :

- courrier,
- gestion documentaire diverse,
- archivage,
- gestion de la partie administrative du dossier de l'utilisateur.

L'accueil téléphonique et physique est assuré de préférence par l'IDEC, ou à défaut par le personnel présent (un registre téléphonique est existant).

En dehors des heures d'ouverture du SSIAD, un répondeur téléphonique enregistre les messages qui sont ensuite pris en compte par l'équipe. Les agents sont également joignables sur un des téléphones du service sur les heures de tournées.

2-2-4) Gestion du personnel

L'élaboration des plannings du personnel est sous la responsabilité de l'IDEC.

Les éléments variables de la paye sont regroupés par le service administratif de l'EHPAD.

La paye est réalisée en interne, avec l'aide d'un logiciel, et transmise au payeur, le Trésor Public.

La gestion du dossier du salarié est assurée par le service RH de l'EHPAD.

2-2-5) Gestion financière

L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et l'État Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) sont élaborés par et sous la responsabilité du directeur de l'EHPAD.

Ces documents sont validés par le Conseil d'administration, puis adressés à l'ARS.

Le budget réellement octroyé par l'ARS fait l'objet de notifications budgétaires au cours de l'année.

Depuis 2023, le SSIAD n'est plus financé en dotation globale, mais selon des indicateurs relatifs à son activité.

La gestion des écritures comptables et la facturation sont réalisées par les services administratifs de l'EHPAD. L'IDEC saisit et contrôle toutes les facturations des infirmières libérales.

2-2-6) Gestion des achats et des stocks

L'IDEC assure la gestion des stocks du SSIAD, ce qui permet de gérer les commandes (produits d'hygiène, consommables) de façon adaptée aux besoins du service.

L'IDEC informe l'EHPAD des besoins d'approvisionnement en produits consommables divers.

Il est envisagé de nommer deux référents « gestion des stocks » (une fiche action est développée à cet effet).

La fonction achat est assurée par l'EHPAD.

2-2-7) Sécurité et hygiène des locaux

La sécurité et l'accessibilité des bâtiments sont sous la responsabilité de l'EHPAD.

L'accès des locaux est adapté pour les personnes à mobilité réduite.

L'hygiène des locaux est assurée par les ASH de l'EHPAD.

2-3) Fonctionnement quotidien

2-3-1) Modalités de planification des tournées

Les tournées sont élaborées selon plusieurs critères :

- Les habitudes de vie et les besoins de santé du patient,
- Le secteur d'habitation,
- Les possibilités du service.

Les interventions sont organisées en fonction de la proximité des habitations afin de limiter les temps de trajet.

2-3-2) Système de communication interne et externe

2-3-2-1) Communication interne

Le service bénéficie d'un logiciel de soins, ARCHE MC2, permettant au soignant d'avoir au domicile, sur smartphone, les informations nécessaires à la prise en soins et d'effectuer la validation des actes réalisés ainsi que des transmissions ciblées.

De plus, des transmissions orales sont effectives à chaque vacation.

Une messagerie interne via le logiciel est à disposition de chaque agent.

En outre, chaque professionnel du service bénéficie d'un accès via un code au logiciel TITANLINK, logiciel de soins de l'EHPAD, afin de recevoir des messages concernant l'ensemble du personnel (ex : plan bleu, animations...).

Le service fonctionne à l'aide de différents outils :

- panneaux d'affichage,
- bibliothèque qualité,
- bibliothèque professionnelle,

- notes de services, notes d'information,
- compte-rendus.

Un dispositif spécifique permet à chacun de recevoir les informations qui le concernent directement :

- bannette personnalisée,
- courrier sous enveloppe,
- messagerie interne.

Les divers modèles de documents respectent une charte graphique cohérente.

Le service envisage d'élaborer un logo qui facilitera son repérage, en interne et pour l'extérieur. Ce logo sera co-construit lors de réunions de travail avec le SAAD ayant passé convention avec l'établissement en vue de créer un Service Autonomie À Domicile (SAD) mixte.

Les données informatiques sont sécurisées par un dispositif de sauvegarde, constitué d'un serveur principal et d'un serveur NAS. Les données du logiciel de soins (full-web) ne sont pas hébergées par l'établissement, mais par l'éditeur (qui est Hébergeur de Données de Santé).

Les modalités d'accès ou/et d'utilisation des données sont définies selon les professionnels concernés par l'IDEC.

2-3-2-2) Communication externe

Divers outils ont été mis en place afin de faire connaître le service :

- Brochure d'information et de présentation du service,
- Papier à en-tête, carte de visite,
- Référencement dans différents annuaires,
- Signalétique urbaine,
- Signalétique dans l'établissement,
- Logos et numéros de téléphone sur les véhicules de service,
- Carte d'anniversaire, carte de condoléances pour les usagers,
- Tenue d'un press-book qui retrace les activités de l'année dans lesquelles sont intégrées les usagers du SSIAD,
- Adresse électronique,
- Rencontre avec les médecins libéraux à leur cabinet pour présenter le service et affiches pour les cabinets médicaux,
- Participations aux manifestations organisées par les partenaires,

- Participation aux corrections de Travaux de Fin d'Études (TFE) à l'IFSI et de travaux des Bac pro ASSP,
- Participation à l'association SOINS À DOMICILE 19,
- Lieu d'accueil de stage pour les écoles de formation,
- Intervention d'un agent à l'IFAS pour la présentation des bonnes pratiques professionnelles de l'aide-soignant à domicile,
- Site internet au nom de l'établissement,
- Pages Facebook et Instagram.

2-3-3) Continuité des soins et de service

Une continuité de service et une garde de direction sont en place afin de permettre à chaque agent d'alerter ou d'informer en cas d'absence ou d'événement grave.

Des procédures sont affichées au sein du service afin d'informer les agents des motifs d'appel et des personnes à joindre.

En cas d'effectif réduit, une procédure validée permet aux agents de réorganiser les tournées de façon à maintenir des soins adaptés pour la totalité des usagers (tournée à 3 à la place de 4, tournée à 2 à la place de 3). Cette procédure demande aux agents présents de prévenir les patients des changements d'horaires.

2-4) Parcours de l'utilisateur

2-4-1) L'admission

L'admission est organisée selon plusieurs étapes, formalisées dans des procédures. Les procédures existantes sont à actualiser, ce qui donne lieu à une fiche action.

Phase de prise en compte de la demande :

Dès le premier contact, l'IDEC propose un rendez-vous à domicile. Si l'IDEC est absente, l'aide-soignant recueille les informations sur la fiche de pré-admission, puis la transmet à l'IDEC.

Cette étape permet d'identifier le contexte et le cadre de vie de la personne, ses besoins et les possibilités d'intervention du service.

Si une place est existante, une visite à domicile s'organise. Cette visite s'effectue en binôme, soit IDEC/AS, soit IDEC/Psychologue, soit deux AS. La présence de l'aidant principal est demandée.

Lors de la première visite à domicile, plusieurs actions sont réalisées :

- Recueil de la prescription médicale pour l'intervention du service,
- Informations sur les modalités d'intervention du service (horaires, nombre de passage, recueil des besoins),
- Remise d'une brochure d'information,
- Délivrance et commentaire du livret d'accueil (qui contient le règlement de fonctionnement),
- Évaluation de l'environnement et des besoins en matériel.

Si la personne donne son consentement pour l'intervention, il lui est remis un classeur de liaison au domicile et une information lui est donnée sur la composition de ce classeur. Les numéros pour contacter le service sont notifiés en en-tête du classeur.

En systématique, le patient et l'aidant sont informés de la possibilité de suivi par la psychologue du service.

Formalisation de l'admission, la première semaine d'intervention :

Sont recueillis les documents nécessaires au dossier administratif du patient : carte vitale, carte d'identité ou livret de famille, désignation de la personne de confiance, droit à l'image.

Il est envisagé d'informer le patient de la possibilité de rédiger les directives anticipées.

Le Document Individuel de Prise en Charge est élaboré et les signatures recueillies.

Le premier plan de soins est établi, avec la participation active de l'utilisateur et/ou de l'aidant familial et de l'équipe.

Tous les documents originaux sont archivés dans le service dans le dossier du patient et les copies sont placées dans le classeur à domicile.

Une mise à jour des procédures "pré-admission" et "admission" est prévue et nécessaire afin de répondre aux exigences réglementaires et d'harmoniser les pratiques au sein de l'équipe.

2-4-2) Le déroulement de la prise en soins

La première intervention est réalisée, de préférence, par l'AS qui a assisté à la visite au domicile lors de l'admission et a participé à l'élaboration du plan de soin personnalisé.

Les interventions suivantes font l'objet d'une traçabilité au domicile via le logiciel avec validation des soins effectués, des horaires de passage et réalisation de transmissions ciblées.

Il est prévu de mettre en place en 2027 des enquêtes à un mois après l'admission, afin de disposer de retours des patients sur ces phases de préadmission / admission, et sur les premières prises en soins.

Il existe une possibilité de transmettre des informations non confidentielles aux autres intervenants (IDEL, médecin traitant, kinésithérapeute, auxiliaires de vie) et/ou aux familles via des fiches de liaisons du classeur présent au domicile dédiées à chacun.

L'IDEC réalise des visites à domicile afin d'évaluer la pertinence du plan de soins en place par rapport aux besoins de la personne.

Les plans de soins sont réactualisés, par les AS référentes et l'IDEC, avec la réévaluation de la grille AGGIR tous les 3 mois (plus fréquemment si modification de l'état de dépendance).

Une évaluation de la douleur est effectuée dès que nécessaire.

Différentes évaluations vont être effectuées afin d'optimiser nos prises en soins et déceler les risques de fragilité de la personne âgée. On peut citer à ce titre la grille SEGA, l'évaluation de l'état bucco-dentaire dès l'entrée, la grille des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, l'échelle de BRADEN pour l'état cutané, le GDS pour le risque de dépression et le ZARIT pour évaluer l'épuisement de l'aidant. Toutes ces grilles sont présentes dans le logiciel de soins.

2-4-3) Le Projet d'Accompagnement Personnalisé

Chaque AS est référent de 5 patients du service. Une information est faite par le référent au patient pour expliciter son rôle et une feuille présente dans le classeur rappelle ses missions.

Le référent est un repère et un guide pour le patient.

Il a pour rôle de :

- Recueillir les souhaits,
- Recueillir les besoins,
- Élaborer le projet d'accompagnement personnalisé,
- Collecter et transmettre les habitudes de vie,
- Créer un lien et un suivi.

Le recueil d'habitudes de vie utilisé est actuellement celui de l'EHPAD. De ce fait, le service envisage de mettre en place un document plus approprié au domicile, ce qui constitue une fiche action.

Au cours des premiers mois d'accompagnement, le référent recueille les habitudes de vie soit par une visite à domicile, soit en laissant le document à disposition de la personne, soit à travers les échanges entre l'équipe et le patient lors des soins.

Le recueil est ensuite retranscrit sur le logiciel de soins par l'AS.

L'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) est effectuée en binôme par l'AS et la psychologue : rédaction d'objectifs à partir des souhaits et besoins de la personne.

Par la suite, une validation de l'IDEC est réalisée.

Enfin, le PAP est présenté au patient pour validation définitive et signature. Si la personne est en incapacité de signer, une case spécifique est disponible sur le document pour attester de la notification.

Le PAP est réactualisé au minimum une fois par an, mais davantage s'il y a eu des modifications de l'état de santé.

Les PAP sont ensuite archivés dans un classeur au bureau du SSIAD accessible aux AS du service. Ils sont également disponibles sur le logiciel.

L'original du PAP est intégré dans la partie SSIAD du classeur de liaison à domicile.

Pour clarifier cette organisation, une fiche action concerne l'élaboration des PAP.

2-4-4) Fin de prise en soins

Une prise en soin peut prendre fin à la demande :

- de l'utilisateur, à défaut son représentant légal,
- du médecin prescripteur,
- du médecin conseil de la Caisse d'assurance maladie,
- de l'IDEC, responsable du service.

Les motifs sont les suivants :

- non-respect du règlement de fonctionnement ou du Document Individuel de Prise en Charge,
- déménagement hors zone d'intervention,
- hospitalisation de plus d'un mois,
- entrée en établissement,
- décès,
- récupération suffisante des capacités d'autonomie,
- conditions d'aménagement du domicile ne permettant pas la réalisation des soins dans des conditions de sécurité et de confort adéquates mettant à mal le bien-être de l'utilisateur et /ou du soignant,
- aggravation de l'état de dépendance de la personne, incompatible avec les missions du SSIAD,
- majoration des troubles cognitifs et/ou du comportement ne relevant plus de l'accompagnement spécifique du SSIAD et nécessitant une prise en charge spécialisée et adaptée.

2-4-5) L'accompagnement de fin de vie et le décès

Le service adapte le nombre de passages et la durée d'intervention au domicile en fonction de l'état de la personne et de ses souhaits, de façon personnalisée.

Les professionnels et la responsable du service assurent un soutien et une écoute de l'entourage, selon leurs besoins.

La psychologue du service est intégrée dans l'accompagnement de fin de vie afin d'apporter un soutien émotionnel tant à l'utilisateur qu'à ses proches.

Selon les situations, des temps de parole, souvent lors des transmissions, sont consacrés à l'accompagnement des professionnels qui interviennent auprès des personnes en fin de vie. La psychologue du SSIAD peut proposer des temps d'écoute et d'échange à la demande du personnel.

Le service souhaite élaborer des protocoles précisant les bonnes pratiques pour l'accompagnement de fin de vie et en cas de décès dans le respect des demandes des usagers (une fiche action est proposée à cet effet). Les directives anticipées peuvent être une ressource pour cet accompagnement.

Après le décès, une carte de condoléances est envoyée à la famille.

2-5) Particularités de l'intervention à domicile

2-5-1) La prise de distance

L'intervention à domicile présente des particularités qui peuvent être sources de contraintes pour les intervenants dans le maintien de la posture professionnelle.

Pour limiter ces difficultés et préserver les professionnels dans la réalisation de leurs missions, le service a mis en place :

- une rotation régulière au niveau des tournées,
- un accompagnement ponctuel des tournées par l'IDEC,
- la prise en compte des difficultés rencontrées par les soignants avec un passage de relai à un collègue (cas exceptionnel).

Le moment des transmissions permet d'aborder les situations des usagers de façon plus précise et de confronter les pratiques afin de les harmoniser.

L'analyse des retours des questionnaires de satisfaction des usagers en réunions d'équipe permet de discuter des sujets concernant le respect de la vie privée, de l'intimité, et de l'ensemble de la prise en soins lors des interventions au domicile.

2-5-2) Les clefs

Le SSIAD a pris l'engagement explicite de ne pas disposer des clefs du domicile de la personne accompagnée, afin de préserver la liberté d'aller et venir des usagers, dans le respect des conditions de sécurité des personnes et des biens.

Le SSIAD privilégie la mise en place d'un boîtier avec digicode pour accéder aux domiciles. Les codes sont intégrés dans le dossier de soin du patient informatisé.

2-5-3) Le risque infectieux et les épidémies

Dès l'admission, le SSIAD demande aux usagers de fournir le matériel nécessaire à la réalisation de soins d'hygiène. Ce matériel reste au domicile du patient.

Le service met à disposition des professionnels du matériel de protection à usage unique, aussi bien dans le cadre de la maîtrise du risque infectieux que dans celui de la protection du salarié : tabliers, surblouses, gants, masques, lingettes désinfectantes à disposition de chaque agent dans la mallette. Des kits sont préparés en amont. Chaque AS prend un kit dans sa mallette afin d'avoir le matériel nécessaire si besoin.

Les protocoles d'hygiène adaptés au fonctionnement du SSIAD et à l'intervention à domicile sont mis en place.

Des protocoles d'isolement et de risques infectieux, pour des situations particulières, sont en cours d'élaboration. La procédure COVID est mise en place.

Les procédures en cas de BMR, grippe, gastro-entérite vont être mises en place.

Des kits de protection sont préparés et à disposition de chaque agent.

Les conventions avec les intervenants libéraux précisent leur obligation de gérer les déchets de soins suite à leurs interventions selon la réglementation en vigueur.

2-5-4) Le circuit des médicaments

Le service a pris l'option d'assurer la surveillance de la prise effective des médicaments. Cet acte s'opère sous condition de la préparation du pilulier par les infirmiers libéraux conventionnés avec le SSIAD. Néanmoins, si un aide-soignant observe que la prise n'a pas été effective, un manquement ou une modification du traitement par le médecin, le soignant avise l'infirmier libéral par téléphone.

Le SSIAD n'assure pas les livraisons de médicaments de la pharmacie au domicile.

Lors de cas particuliers, du type prélèvement ECBU ou coproculture, le SSIAD assurera l'acheminement de l'examen vers la pharmacie du patient.

2-5-5) Les situations d'urgence

L'AS du SSIAD est souvent le premier professionnel présent au domicile lorsque survient une situation d'urgence. L'objectif est de :

- sécuriser,
- évaluer,
- alerter,
- réaliser des gestes de secours dans le cadre réglementaire,
- surveiller,
- rassurer,
- transmettre et tracer.

Un livret « conduite à tenir en cas d'urgence » pour chaque AS a été mis en place et est à disposition dans chaque mallette.

Afin de repérer précocement toute lésion cutanée pour prévenir infections, aggravations et escarres, l'AS ne diagnostique pas, il observe, décrit objectivement et transmet à l'infirmier. De plus, le logiciel permet une prise de photo pour un meilleur suivi et des transmissions via la messagerie sécurisée. En amont, dès l'entrée, un document "droit à l'image" est signé par le patient pour accord.

2-5-6) Conditions de déplacement et sécurité des trajets

Deux référents au sein du service assurent le suivi et l'entretien des véhicules. Une fiche de poste définissant les missions du référent a été élaborée.

Une journée « véhicules » est planifiée une fois par mois.

Lors du renouvellement du parc automobile, les agents sont consultés et une check-list est rédigée afin de recenser leurs besoins.

Le service a structuré un dispositif adapté afin de sécuriser au mieux les déplacements des professionnels pour la réalisation des interventions au domicile :

- Formation des agents par simulation de conduite en condition difficile par un organisme agréé (ECF),
- Mise en place de protocoles et procédures pour les véhicules, chaque document se trouve à disposition dans la bibliothèque qualité et dans chaque voiture (classeur dédié),
- Définition de trajets types, selon les tournées, pour sécuriser les déplacements, information systématique du responsable en cas de modification. Toutes les adresses sont entrées en amont au niveau du GPS de chaque véhicule,
- Découverte des tournées en poste doublé pour les nouveaux salariés.

Une copie du permis de chaque agent est demandée en début d'année par le service RH.

2-6) Objectifs spécifiques du Service

2-6-1) Déceler les risques de la fragilité de la personne âgée

La fragilité est un état de vulnérabilité accrue qui expose la personne à un risque de décompensation (chutes, hospitalisation, perte d'autonomie...). En SSIAD, le repérage précoce est essentiel car les soignants voient les personnes dans leur environnement réel.

Pour déceler la fragilité d'une personne âgée en SSIAD, on utilise une combinaison d'observations cliniques, d'entretien avec la psychologue, d'outils d'évaluation validés et de repérage du fonctionnement quotidien.

Au SSIAD, l'ensemble de l'équipe (IDEC, psychologue et aide-soignant) utilise des outils de repérage :

- Grille AGGIR : permet de situer le niveau d'autonomie,
- Score SEGA volet A/volet B : évalue marche, équilibre, état cognitif, nutrition, médicaments, autonomie...,
- MNA : évalue le risque de dénutrition,
- Mini ZARIT : évalue l'épuisement des aidants.

Ces évaluations permettent de déceler une ou plusieurs fragilités et de planifier des actions de prévention et d'éducation (nutrition, chutes, stimulation cognitive, aide technique...). Le but est de retarder la perte d'autonomie dite évitable et de prévenir la survenue d'événements indésirables (hospitalisations, chutes...).

Une fiche action vise à formaliser cette procédure.

2-6-2) Soutien aux aidants

Un aidant est une personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap (article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement).

Le soutien des aidants est donc un aspect fondamental de l'accompagnement car ils jouent un rôle clé dans le maintien de l'autonomie et de la vie à domicile. Soutenir les aidants et écouter leurs difficultés permet de favoriser leur qualité de vie et d'améliorer la prise en soins de la personne aidée.

En effet, accompagner un proche en perte d'autonomie soulève de nombreuses difficultés. Face aux troubles cognitifs et psycho-comportementaux, les aidants se sentent parfois démunis et expriment un sentiment d'isolement. Le manque d'information ou de soutien aggrave le risque d'épuisement.

L'accompagnement des aidants à domicile peut prendre plusieurs formes :

- **Des entretiens individuels** pour proposer un soutien émotionnel,
- **Des formations et informations** : Fournir une base de connaissances pour aider les aidants à mieux comprendre et appréhender la maladie de leur proche,
- **Des groupes de parole** : L'objectif de ces échanges est de créer un espace de discussion sur divers sujets apportés par les participants, afin de donner des conseils et des solutions pour accompagner leurs difficultés,
- **Participation à des conférences en visio**, proposées par exemple par l'organisme « Happy Visio » : plusieurs thématiques sur le rôle d'aidant au quotidien sont abordées et discutées.

2-6-3) Renforcer la coordination avec les autres acteurs

Le SSIAD travaille avec de nombreux partenaires extérieurs pour assurer une prise en soins globale, continue et sécurisée des personnes accompagnées.

Le libre choix des intervenants est respecté.

Le service conventionne avec tous les cabinets d'infirmiers libéraux intervenant au domicile des usagers. L'infirmier libéral reste un des acteurs clé dans le maintien à domicile. Une collaboration structurée et une communication fluide entre le service et l'infirmier libéral est essentielle pour garantir des soins cohérents, sécurisés et continus à domicile. L'IDEC et l'infirmier libéral sont complémentaires dans leurs fonctions afin de garantir une prise en soins optimale et d'assurer des soins de qualité et adaptés au patient.

Des conventions avec les 2 services d'HAD du département ont été signées pour des prises en soins conjointes.

Des partenariats existent avec les IFSI, IFAS et lycées professionnels. Cette collaboration vise à former, valoriser, recruter et améliorer les pratiques, tout en faisant découvrir la réalité des soins à domicile et en renforçant la qualité des parcours de soins.

Une appartenance à l'association SOINS 19, regroupant tous les SSIAD de la Corrèze, permet de partager sur les pratiques, amener une réflexion et mutualiser des formations spécifiques au domicile.

Une collaboration étroite existe avec les médecins libéraux, les professionnels paramédicaux, la coordinatrice de proximité des parcours autonomie du canton d'Allasac, les SAAD et leurs responsables de secteurs, ainsi que la DAC (dispositif d'appui à la coordination).

Les objectifs de ces partenariats sont de :

- Prévenir les ruptures de parcours,
- Garantir la continuité des soins,
- Améliorer la qualité de vie au domicile,
- Sécuriser le patient et l'aidant.

Le service a mis en place une enquête de satisfaction auprès des partenaires tous les 5 ans afin d'optimiser nos coopérations.

2-6-4) Développement des compétences professionnelles

La formation est un axe central pour garantir la qualité, la sécurité des soins et l'adaptation aux besoins des personnes accompagnées.

Un plan de formation annuel est élaboré avec l'EHPAD.

Le recueil des besoins est effectué tous les ans auprès de chaque agent et un tableau récapitulatif est établi par la RH. Ce tableau est ensuite analysé en réunion avec la cadre de santé, l'IDEC et le service RH. Des formations prioritaires sont alors choisies et mises en place.

Des formations sont aussi proposées aux agents par l'association Soins 19.

De plus, l'IDEC peut soumettre des formations à un agent, lors des entretiens d'évaluation, sur des compétences à développer ou renforcer.

L'IDEC suit les aides-soignants du SSIAD pour soutenir, encadrer, former et valoriser leurs compétences, dans le but final de garantir des soins sécurisés, personnalisés et de qualité au domicile.

2-6-5) Construction d'un SAD

Dans le cadre de la réforme des Services Autonomie à Domicile (SAD), le SSIAD du Canton d'Allasac et la Fédération ADMR de Corrèze ont décidé de se rapprocher afin de solliciter des autorités administratives une autorisation conjointe de SAD mixte aide et soin.

En effet, bien que dotées d'un statut juridique différent, ces deux structures accompagnent des personnes sur un même territoire et présentent des valeurs communes. Elles ont toutes deux pour objectif d'améliorer continuellement la qualité des services proposés et sont désireuses de mieux coordonner leurs interventions auprès des bénéficiaires.

La Fédération ADMR de Corrèze est un service d'aide et d'accompagnement à domicile, association à but non lucratif qui détient une autorisation de fonctionnement sur l'ensemble du département de la Corrèze. Elle intervient auprès de nombreux bénéficiaires sur les communes couvertes par le SSIAD d'Allasac. L'association est composée d'une responsable de secteur, d'une assistante de gestion et d'intervenants à domicile salariés. La Fédération intervient à domicile dans le cadre de plans d'aide délivrés par le Conseil Départemental de la Corrèze au titre de l'APA et la PCH mais également des caisses de retraite et des mutuelles.

Dans un premier temps, le SSIAD du Canton d'Allasac et l'ADMR19 ont organisé leur rapprochement par la passation d'une convention établie sur 5 ans, du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2030.

La réglementation imposant la constitution d'une entité juridique unique au-delà de cette date, le SSIAD du Canton d'Allasac et l'ADMR19 ont décidé de s'orienter dans un second temps vers la constitution d'un GCSMS (Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale) porteur de l'autorisation.

Des réunions de travail sont mises en place afin d'établir les documents communs nécessaires à la prise en soins des patients et d'assurer une cohérence dans l'accompagnement. Ces réunions

permettront également la construction des documents indispensables à l'obtention de l'autorisation de SAD mixte, en conformité avec le cahier des charges national.

2-7) Dispositifs de pilotage

2-7-1) Réunion de présentation

Une présentation du projet de service va être organisée, après délibération favorable du Conseil d'Administration, pour l'ensemble du personnel du service.

2-7-2) Comité Qualité SSIAD

Un bilan annuel sera effectué par l'IDEC pour évaluer le suivi des fiches actions prévues sur l'année, puis discuté en Comité Qualité du SSIAD (Cf Projet Qualité).

Le compte rendu sera accessible à tous les agents du service.

2-7-3) Fiches actions / calendrier prévisionnel

Un calendrier prévisionnel est mis en place afin de planifier les fiches actions résultant du projet de service.

Il sera affiché au niveau du bureau du SSIAD et mis à jour autant que nécessaire.

2-8) Conclusion

Le projet de service du SSIAD constitue un cadre de référence essentiel pour assurer la cohérence, la qualité et la continuité des soins dispensés au domicile. Il traduit l'engagement du service à répondre de manière adaptée aux besoins des personnes accompagnées, dans le respect de leurs droits, de leur dignité et de leur projet de vie.

Au-delà de son organisation et de ses missions, le SSIAD est avant tout une présence humaine au cœur du quotidien des personnes accompagnées. Chaque intervention, chaque échange, chaque

geste de soin contribue à préserver l'autonomie, mais aussi à maintenir le lien, la confiance et le sentiment de dignité.

Ce projet de service reflète une ambition simple mais essentielle : accompagner chaque personne avec respect, écoute et attention, en tenant compte de son histoire, de ses choix et de son rythme de vie. Il s'inscrit dans une dynamique collective, portée par des professionnels engagés, soucieux de faire évoluer leurs pratiques et de répondre avec justesse aux besoins du terrain.

Ce projet de service se veut donc un outil dynamique, évolutif et fédérateur, au service d'une prise en soins toujours plus efficiente, humaine et centrée sur les besoins des usagers.

Parce que les réalités changent et que les attentes évoluent, ce projet a vocation à vivre, à s'adapter et à se construire dans le temps. Il est un point d'appui, mais surtout un élan, pour continuer à proposer un accompagnement de qualité, profondément humain et résolument tourné vers l'avenir. Il doit constituer une base pour l'élaboration avec l'ADMR19 du futur Service Autonomie À Domicile mixte.

LE PROJET QUALITÉ

Cette partie relative au Projet Qualité est construite en deux sections :

- La première explicite la démarche suivie pour la conception du projet ;
- La seconde permet la présentation des conclusions du groupe de travail.

1) LA DÉMARCHE

Cette section va traiter dans un premier temps de la composition du groupe de travail, avant de préciser pour chacune des réunions organisées les thèmes abordés.

1-1) Le groupe de travail

Ont participé au groupe de travail « Projet Qualité », animé par M. SURGET, Directeur de l'établissement, les agents suivants :

Prénom NOM	Fonction
Mme Mylène AUBRUN	Aide-Soignante
Mme Stéphanie DESNOTS	Aide-Soignante
Mme Claire LOUVET	Adjointe Administrative en charge des RH
Mme Leslie MOGEDA	Cadre de santé
Mme Catherine NAUD	Cuisinière
Mme Stéphanie PINHEIRO	Infirmière Coordinatrice du SSIAD et IDE de l'EHPAD
M. Antoine SOULIER	Adjoint des Cadres Hospitaliers
M. Ludovic SURGET	Directeur

La psychologue de l'EHPAD, Mme Amandine GRARD, a également été consultée sur la thématique des enquêtes résidents et familles.

1-2) Réunions et thèmes abordés

Le groupe de travail « Projet Qualité » s'est réuni quatre fois.

Il était important de ne pas isoler la réflexion qualité : ainsi, **tous les groupes de travail ont traité de thèmes relatifs à la « qualité »**.

Ce groupe projet avait pour objectif de se centrer sur les aspects qualité non abordés par les autres groupes de travail. Il se concentre donc sur des thématiques qualité transversales.

Le tableau ci-dessous indique les dates de réunions du groupe « Projet Qualité » et les thèmes traités :

Date de réunion	Thèmes traités
Lundi 29 septembre 2025	<p>Rappels sur le Projet d'Établissement et présentation de la démarche</p> <p>Définition de la « qualité »</p> <p>Distribution de documents de travail : schéma général de conception du Projet d'Établissement ; roue de DEMING (démarche qualité) ; modèles en vigueur des enquêtes de satisfaction résidents / personnels EHPAD et SSIAD / familles, et derniers résultats en date ; modèles d'enquêtes à un mois résidents et familles</p> <p>Temps de qualicien : évocation des besoins</p> <p>Logiciel Qualité : possibilités offertes par les logiciels qualité existants, annonce de démonstrations en octobre</p> <p>Comité Qualité : réflexions sur la composition et les attributions</p> <p>Enquêtes de satisfaction : idée d'aide au remplissage pour les résidents en ayant besoin, maintien de la fréquence actuelle, propositions de modifications à réfléchir pour la réunion suivante</p> <p>Enquêtes à un mois résidents et familles : présentation du principe, propositions de modifications à réfléchir pour la réunion suivante</p>

<p>Lundi 13 octobre 2025</p>	<p>Retour sur la réunion précédente</p> <p>Enquêtes de satisfaction résidents / familles / personnels : intégration de diverses modifications</p> <p>Enquêtes à un mois résidents : modifications du modèle proposé, définition de circuits de distribution et de traitement</p> <p>Enquêtes à un mois familles : modifications du modèle proposé, définition de circuits de distribution et de traitement</p>
<p>Mercredi 12 novembre 2025</p>	<p>Retour sur la réunion précédente</p> <p>Distribution de documents de travail : fiche de signalement d'évènement indésirable EHPAD en vigueur, modèle de flash-info semestriel</p> <p>Plaintes et réclamations : critères impératifs de l'évaluation HAS, réflexions sur les plaintes / réclamations écrites et orales, amélioration de l'accessibilité du formulaire aux résidents, utilisation du futur logiciel qualité, circuit de traitement</p> <p>Fiche de signalement d'évènement indésirable : critères impératifs de l'évaluation HAS, besoin de l'identité du déclarant, utilisation du futur logiciel qualité, mise en place d'un accusé de réception, circuit de traitement</p> <p>Comité de Retour d'EXpérience (CREX) : explication du principe, mise en place, adressage par le Comité Qualité</p> <p>Comité Qualité : mise en place d'un Comité Qualité EHPAD et d'un Comité Qualité SSIAD, compositions, fréquence des réunions, attributions prévisionnelles</p> <p>Réunions de coordination : maintien du principe et de la composition, ajustement des attributions et de la fréquence compte-tenu du Comité Qualité</p> <p>Communication à destination des familles : présentation de l'existant, souhait de maintien de la réunion organisée annuellement par le Président suppléant du CVS, ajout d'une réunion annuelle plus technique (soins, psychologie...), mise en place d'un flash-info semestriel, communication des menus saisonniers validés aux familles</p>

<p>Lundi 15 décembre 2025</p>	<p>Retour sur la réunion précédente</p> <p>Distribution d'un document de travail : modèle de fiche de signalement de non-bienveillance</p> <p>Situations Sanitaires Exceptionnelles : critères impératifs de l'évaluation HAS, nécessité de mettre à jour le Plan Bleu</p> <p>Bienveillance, prévention et lutte contre la malveillance, éthique : critère impératif de l'évaluation HAS, poursuite des formations Bienveillance ; repérage, signalement et traitement du signalement de malveillance (idée de circuit spécifique des évènements indésirables)</p> <p>Politique de développement durable : recours aux CEE, tri des déchets, système d'automatisation et de gestion des bâtiments...</p> <p>DAMRI (Démarche d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux) : présentation du principe, aide partielle de l'Équipe Mobile d'Hygiène au remplissage</p> <p>Procédures dégradées – Logiciels de soins EHPAD et SSIAD : démarche d'accessibilité des informations utiles en cas de coupure internet / Politique numérique</p> <p>Dispositifs de médiation : ajout de la notion d'Autorité Extérieure</p> <p>Préparation de l'Évaluation HAS : enjeux et calendrier prévisionnel</p>
-------------------------------	---

2) **LES ORIENTATIONS QUALITÉ**

Cette section se compose d'une introduction suivie des réflexions du groupe de travail.

2-1) **Introduction**

Introduites dans le paysage médico-social français par l'arrêté du 26 avril 1999, les démarches d'amélioration continue de la qualité font aujourd'hui pleinement partie des orientations

politiques et stratégiques des EHPAD et des SSIAD. Elles ont notamment toute leur place dans le cadre des négociations des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Du fait de la constante évolution de la société et de la réglementation, plusieurs facteurs externes sont à prendre en compte dans le cadre de la définition d'un projet qualité :

- Une forte volonté politique de contenir les dépenses des établissements et le prix de journée à la charge des résidents relevant de l'aide sociale ;
- Une sensible évolution des normes concourant à l'amélioration des prestations, mais aussi à la hausse des coûts et des prix de journée (qui se heurte à la volonté politique de ne pas les augmenter...) ;
- Un net renforcement des exigences des résidents, mais plus encore des familles, vis-à-vis de la qualité attendue des services proposés en EHPAD et en SSIAD ;
- Un changement de mentalité au sein de la population quant aux pratiques médico-soignantes : phénomène d'EHPAD-bashing médiatique, difficulté d'appréhension du concept de maltraitance, démythification de la médecine (les avis médicaux sont de plus en plus souvent remis en cause par les familles), impacts de la période COVID...

L'EHPAD Au Gré du Vent d'Allasac s'est résolument engagé depuis le début des années 2010 dans une politique qualité volontariste.

En dépit d'une absence de poste de qualitatif, l'établissement est ainsi parvenu à mettre en place plusieurs outils qualité se traduisant entre autres par :

- une enquête de satisfaction annuelle à destination des résidents et des familles de l'EHPAD et des patients du SSIAD (désormais triennale pour les personnels),
- des fiches de signalement d'évènement indésirable EHPAD et SSIAD accompagnées d'une « Charte de confiance pour inciter à signaler les évènements indésirables »,
- une fiche de signalement d'évènement indésirable spécifique pour la Préparation des Doses à Administrer effectuée par la pharmacie,
- un registre des réclamations,
- une commission des menus,
- une commission d'animation,
- des réunions de coordination regroupant les encadrants,
- un Comité Qualité...

S'y ajoute le développement des solutions informatiques. Ainsi, l'EHPAD et le SSIAD se sont vus doter ces dernières années de logiciels métiers très performants comprenant des accès mobiles (par tablettes ou smartphones), contribuant à une meilleure qualité grâce à une traçabilité au plus proche du soin.

Divers partenariats avec des Centres Hospitaliers permettent également une augmentation de la qualité délivrée : Hospitalisation À Domicile (HAD), Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), Équipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie (EMA), Équipe Mobile d'Hygiène (EMH)... Il convient aussi de noter qu'une convention avec une pharmacie encadre depuis quelques années la préparation des piluliers par l'officine afin de gagner en sécurité.

2-2) Les réflexions du groupe de travail

Le groupe de travail, après avoir convenu du concept et de la démarche qualité, s'est intéressé successivement :

- à l'utilité d'un temps de qualicien,
- au recours à un Logiciel Qualité,
- aux enquêtes de satisfaction résidents / familles / personnels,
- à la création d'enquêtes à un mois résidents et familles,
- aux plaintes et réclamations,
- aux signalements des évènements indésirables et à la mise en place de CREX (Comités de Retours d'EXpériences),
- au Comité Qualité,
- aux réunions de coordination,
- à la communication vis-à-vis des familles,
- aux Situations Sanitaires Exceptionnelles,
- aux politiques de bientraitance et de prévention / lutte contre la maltraitance, à l'éthique,
- à la démarche de développement durable,
- à l'outil DAMRI (Démarche d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux),
- à une procédure dégradée pour l'accès aux logiciels métiers full-web, et plus globalement à la politique numérique,
- aux dispositifs de médiation,
- et à la préparation de l'Évaluation prévue pour le troisième trimestre 2027.

Il s'agit donc d'une approche transversale des domaines de la qualité et de la gestion des risques (hors ceux liés aux personnels, traités en Projet Social).

2-2-1) Définition de la qualité

Avant l'élaboration en elle-même du Projet Qualité, il était important de travailler sur une définition de la qualité partagée par l'ensemble des participants.

Il en ressort que la qualité est l'affaire de tous et de chacun. **Tous les agents, tous les services sont concernés, et chaque agent, à son niveau, est porteur de qualité.**

L'objectif prioritaire recherché est la **satisfaction des résidents et des patients**. Toutefois, celle du personnel est également à prendre en compte car un lien existe entre ces deux satisfactions. La bientraitance des résidents ne peut être une réalité sans prise en considération de la qualité de vie au travail du personnel. Enfin, la satisfaction des familles fait aussi partie des buts activement recherchés par l'établissement.

Un lien est établi par les participants avec le bon fonctionnement de l'établissement, le suivi autant que possible des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP), le respect des normes, la nécessité d'un dispositif de type « bibliothèque qualité », le signalement des évènements indésirables...

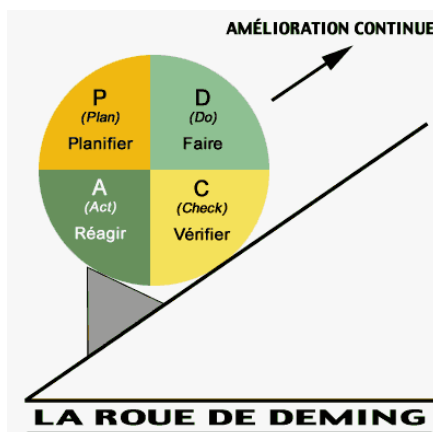
Il apparaît également essentiel de tenir compte des aspects budgétaire et temporel. Il est ainsi important d'intégrer que la mise en œuvre d'une démarche qualité implique des moyens supplémentaires pour la structure. Le temps agent doit être comptabilisé et le recrutement d'un personnel qualifié de type qualicien serait très utile au bon déploiement de la démarche. Or, un EHPAD dispose généralement de peu de personnels pour assurer ses diverses missions : **l'engagement dans une politique de qualité nécessite donc un fort investissement des agents, soutenu par le volontarisme de la Direction et de l'encadrement.**

Enfin, **il s'agit de se fixer des buts et de déterminer les moyens pour les atteindre.**

Concernant le principe de la démarche qualité, le modèle classique de la roue de DEMING est retenu. La démarche est ainsi décomposée en 4 étapes :

- Planifier : il convient de définir les actions d'amélioration à réaliser ;
- Mettre en œuvre : les actions planifiées sont mises en application ;
- Vérifier : c'est une étape cruciale, visant à évaluer les résultats des actions entreprises ;
- Réagir : il s'agit de dresser un bilan des actions menées et de veiller à stabiliser les améliorations constatées (c'est le cliquet anti-retour matérialisé schématiquement par une « cale »). Cela conduit à une nouvelle planification.

De cycle en cycle, l'établissement améliore ainsi les prestations délivrées.



L'étape de stabilisation des améliorations constatées ne doit pas être sous-estimée, car de nombreux efforts pourraient aisément être réduits à néant dans un tel cas. Afin de conserver les améliorations acquises, un important travail d'écriture, de conservation, et de communication est à réaliser auprès des personnes concernées (procédures et protocoles, gestion électronique des documents, etc...).

2-2-2) Temps de qualicien

L'importance de la démarche qualité n'a fait que s'accroître dans les établissements et services médico-sociaux depuis la fin des années 1990. La loi du 2 janvier 2002 a demandé la mise en place de nombreux outils contribuant à une réelle prise en compte de la qualité. Ce mouvement s'est ensuite poursuivi à un rythme soutenu.

Cette évolution est très bénéfique, car elle a permis de faire fortement progresser la qualité des prestations délivrées aux usagers. Elle a placé les structures dans une démarche d'amélioration continue au bénéfice de toutes les parties prenantes.

Cependant, ce développement de la qualité ne s'est pas accompagné des financements nécessaires pour la création dans chaque établissement d'un temps non complet de qualicien. Pour mémoire, en EHPAD, un qualicien relève de la section hébergement, dont les charges et produits étaient intégralement fixés par le Département jusqu'à la mise en place de la tarification différenciée au 31 décembre 2024. L'évolution du tarif aide sociale depuis les années 2000 n'a pas permis la création d'un tel poste. Le financer par une hausse du tarif libre, applicable aux résidents entrants payants, est une possibilité. Malheureusement, le gel du tarif aide sociale depuis 2024 nécessite déjà de couvrir le manque de financement qui en découle par un tarif libre plus élevé. Aussi, financer ce poste par le seul tarif libre applicable aux résidents entrants impliquerait une hausse considérable très difficilement absorbable par les personnes accompagnées et les familles.

Il en ressort que l'intégralité de la démarche qualité repose encore aujourd'hui sur les effectifs existants. Il s'agit d'un surcroît de travail non négligeable, bien qu'essentiel. Les équipes font tout leur possible, mais ce manque de temps de qualicien a nécessairement un impact sur la dynamique qualité. Il est ainsi bien plus difficile pour une structure publique autonome de disposer de l'ensemble des documents qualité souhaités par le référentiel d'Évaluation de la HAS que pour un groupe d'EHPAD privés lucratifs.

Il pourrait être à l'avenir envisagé de disposer d'un temps de qualicien dans le cadre de la mise en place des Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS), regroupant a minima plusieurs EHPAD autonomes relevant de la fonction publique hospitalière. Toutefois, cette coopération ne résout pas la difficulté du financement. Il serait donc judicieux que la

création des GTSMS s'accompagne de budgets supplémentaires pour favoriser le recrutement de qualiciens partageant facilitant l'amélioration de la qualité.

2-2-3) Logiciel Qualité

Qu'il y ait ou non un temps de qualicien au sein de l'établissement, il semble nécessaire de disposer à présent d'un logiciel qualité performant, compte-tenu des exigences de plus en plus élevées dans ce domaine.

En effet, une politique qualité optimale ne peut plus être correctement conduite par de simples tableaux de suivi. Elle doit pouvoir s'appuyer sur un outil informatique centralisant la démarche. Il apparaît donc indispensable de s'équiper d'un logiciel dédié.

Il existe sur le marché plusieurs logiciels qualité adaptés aux établissements et services médico-sociaux, permettant :

- d'intégrer l'ensemble des procédures / protocoles / recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans une bibliothèque de type GED (Gestion Électronique de Documents),
- de signaler et de traiter les événements indésirables,
- de signaler et de traiter les plaintes et réclamations,
- de signaler et de suivre un besoin d'intervention technique,
- de réaliser et de produire des analyses d'enquêtes de satisfaction,
- de suivre l'état d'avancement de fiches-actions,
- de réaliser des audits ou des auto-évaluations selon divers référentiels.

Certains logiciels proposent également un système de « pack qualité » régulièrement actualisé, comprenant une veille réglementaire et des documents préconçus conformément aux attendus, une simple adaptation étant alors nécessaire (l'objectif étant d'éviter de créer à partir de zéro ce qui existe déjà ailleurs et fonctionne).

Aussi, des démonstrations de logiciels qualité pour l'encadrement ont été planifiées sur la période de conception du Projet d'Établissement. Un logiciel ayant semblé convenir aux attentes de l'établissement, **sa mise en place est prévue à compter du premier trimestre 2026.**

Ce logiciel comportera un accès pour le SSIAD et un autre pour l'EHPAD.

Des formations internes seront par la suite organisées pour la bonne utilisation par tous les professionnels de cet outil.

La prévision du déploiement de ce logiciel n'est pas sans impact sur la suite des réflexions du groupe de travail. En effet, il est possible que certaines trames de documents qualité existants (déclaration d'événements indésirables, réclamations...) soient différentes dans l'outil informatique. Il ne sera donc pas proposé dans le cadre de ce Projet Qualité de modification de ces trames, dans l'attente de l'installation de ce logiciel et de sa prise en main.

2-2-4) Enquêtes de satisfaction résidents / familles / personnels

Compte-tenu de l'existence d'un volet relatif au SSIAD dans le présent Projet d'Établissement et de la réforme en cours des Services Autonomie à Domicile, il est décidé de ne pas traiter en Projet Qualité les enquêtes de satisfaction du SSIAD.

L'ensemble des participants du groupe de travail a convenu du grand intérêt des enquêtes de satisfaction à destination des résidents, des familles et des personnels. Les diverses enquêtes de satisfaction réalisées ces dernières années ont en effet constitué une source d'informations très utile aux choix et orientations stratégiques de l'établissement. Les enseignements qui en ont été tirés ont significativement influencé le plan d'amélioration continue de la qualité.

Du fait de l'intérêt majeur que représente cette démarche, **le principe de l'annualité des enquêtes de satisfaction est maintenu pour les résidents et les familles.** Pour les **personnels**, plus stables, la **fréquence triennale** est également conservée.

La synthèse annuelle des enquêtes est présentée aux diverses instances. Depuis 2023, elle est également envoyée pour information aux familles. Cette communication est importante, elle est donc maintenue. De même, des exemplaires sont aussi mis à disposition des agents de l'établissement. En complément, cette synthèse sera aussi placée à l'accueil pour consultation des résidents.

Il convient également de préciser que les enquêtes ont été voulues complètes, mais aussi d'une longueur acceptable pour les différents acteurs (en particulier pour les résidents), ceci dans l'objectif de recherche de taux de retour significatifs.

En outre, le principe de l'**anonymat des répondants** est conservé. Il s'agit d'un élément important utile à l'obtention d'un taux de réponse satisfaisant.

Concernant les enquêtes résidents, il est proposé **pour les personnes ayant des difficultés à les compléter de leur permettre de bénéficier, avec leur accord, de l'aide de l'animatrice et/ou de la psychologue**, en veillant à ce que cela n'influence en rien les réponses, de manière à améliorer le nombre d'enquêtes retournées, les rendant ainsi plus significatives.

Le groupe « Projet Qualité » a maintenu le principe de limitation de l'envoi des enquêtes de satisfaction résidents à ceux qui sont encore en capacité, y compris aidés, de les remplir. Le taux de participation est en conséquence calculé sur cette base.

Il va de soi que le résident n'a aucune obligation de compléter l'enquête.

Pour les résidents ayant trop de difficulté à répondre, il conviendra de regarder si le futur logiciel qualité dispose de modèles d'enquêtes sous **format FALC (Facile À Lire et à Comprendre)**, qui

pourraient dès lors être testés. Mais ces enquêtes étant plus simples, elles apporteront également moins d'informations exploitables.

Pour les **familles et les personnels**, le futur logiciel qualité permettra vraisemblablement de proposer une **version informatique de l'enquête**, pouvant augmenter le nombre de retours et participer au développement durable.

Enfin, entre deux réunions du groupe de travail, les participants ont pu réfléchir à **diverses modifications des questionnaires**, étudiées ensuite en séance. Les améliorations retenues vont donner lieu à de nouvelles versions des enquêtes, qui seront utilisées **à compter de 2027**, le temps que le logiciel qualité soit déployé. Pour 2026, les versions antérieures sont conservées.

Pour conclure sur ce thème, l'intérêt porté aux enquêtes de satisfaction démontre bien qu'au sein de l'EHPAD Au Gré du Vent, la parole de l'utilisateur ne se limite pas à une simple représentation en Conseil de Vie Sociale. La démarche repose sur la recherche de la plus grande participation des résidents possible : il est essentiel de permettre dans la mesure du possible à tous ceux qui souhaitent s'exprimer de le faire.

2-2-5) Création d'enquêtes à un mois résidents et familles

Au-delà des enquêtes de satisfaction annuelles pour les résidents et les familles, il est décidé l'instauration d'« **enquêtes à un mois** », dont les trames sont discutées puis validées par le groupe de travail.

Pour les **résidents**, cette **courte enquête nominative**, réalisée 4 à 5 semaines après l'entrée dans l'établissement, aura vocation à **repérer rapidement les éventuelles insatisfactions** de la personne sur son accueil, son installation, les repas, les animations, son rythme de vie au sein de la structure...

Il s'agit notamment d'un moyen de **percevoir qu'un résident vit difficilement son entrée en établissement**, afin de pouvoir **mettre en place un meilleur accompagnement personnalisé** (avant l'écriture du projet personnalisé, qui doit être réglementairement établi dans les 6 mois suivant l'entrée du résident).

En outre, ces enquêtes constitueront un élément important dans l'objectif permanent d'améliorer l'accueil et les premiers temps dans l'établissement.

Comme pour les questionnaires de satisfaction annuels, l'enquête à un mois concernera les résidents en capacité d'y répondre. Elle sera complétée par le résident seul lorsque c'est possible. Si l'état de santé de la personne ne le permet pas, elle pourra évidemment être aidée.

L'enquête sera distribuée par l'animatrice ou la psychologue.

En l'absence de temps de qualicien, le directeur se chargera d'analyser les retours, et de faire suivre selon les problématiques soulevées au(x) service(s) concerné(s).

Les enquêtes seront ensuite étudiées de manière synthétique et collégiale en Comité Qualité.

La **mise en place** paraît envisageable **dès le premier trimestre 2026**.

Il est à noter que le SSIAD dispose déjà d'une trame d'enquête à un mois pour les patients, mais non encore déployée (Cf Projet de service du SSIAD).

Pour les **familles**, cette **courte enquête nominative**, réalisée 4 à 5 semaines après l'entrée du résident, cherchera à **repérer rapidement les éventuelles insatisfactions de la famille** sur l'accueil, l'installation, les repas, les animations, le rythme de vie... proposés par l'EHPAD à son parent.

Il s'agit notamment de se doter d'un **moyen de percevoir qu'une famille vit difficilement l'entrée en établissement de son parent**, afin de pouvoir au besoin adapter un accompagnement spécifique, notamment psychologique. Nous retrouvons là un dispositif d'**aide aux aidants** familiaux.

En outre, ces enquêtes constitueront un élément important dans l'objectif permanent d'améliorer l'accueil et les premiers temps dans l'établissement, cette fois-ci du point de vue des familles.

L'enquête sera destinée aux familles (réfèrent familial) et Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs.

L'enquête sera envoyée par mail ou par lien internet si le futur logiciel qualité le permet. A défaut, un envoi papier restera possible.

En l'absence de temps de qualicien, le directeur se chargera d'analyser les retours, et de faire suivre selon les problématiques soulevées au(x) service(s) concerné(s).

Les enquêtes seront ensuite étudiées de manière synthétique et collégiale en Comité Qualité.

Comme pour l'enquête dédiée aux résidents, la **mise en place** paraît envisageable **dès le premier trimestre 2026**.

2-2-6) Plaintes et réclamations

Il est à souligner que les « plaintes et réclamations » représentent 3 des 18 « critères impératifs » de l'Évaluation selon le référentiel de la HAS (Haute Autorité de Santé). Il est ainsi demandé aux établissements d'organiser leur recueil, de les traiter en équipe, puis de communiquer sur le traitement réalisé.

Il est obligatoire d'enregistrer les plaintes et réclamations, qu'elles soient écrites ou orales, émanant des résidents et/ou des familles.

En outre, tout dysfonctionnement grave (au sens de l'article L.331-8-1 du CASF) doit être communiqué au CVS depuis le 1^{er} janvier 2017, qu'il provienne d'une réclamation ou d'un évènement indésirable.

Pour le SSIAD, une fiche dédiée est placée dans le classeur présent à chaque domicile. Ce fonctionnement convient aux patients.

Pour l'EHPAD, un registre « Plaintes et réclamations » est présent depuis une dizaine d'années à l'entrée de l'établissement mais semble peu connu des résidents et des familles.

Il apparaît donc important d'**améliorer le recueil pour l'EHPAD**. Pour ce faire, il faut différencier les plaintes et réclamations écrites des plaintes et réclamations orales.

Plaintes / réclamations écrites :

Pour les **résidents**, il est proposé de placer des **fiches dédiées dans chaque chambre**. Ils pourront remettre la fiche complétée à un membre de l'équipe ou la déposer dans la boîte à lettres de l'EHPAD s'ils souhaitent conserver leur anonymat.

Il faudra en parallèle bien les informer de cette possibilité de rédiger une plainte / réclamation.

Il conviendra également de regarder ce que propose dans ce domaine le logiciel qualité choisi par l'établissement.

Pour les **familles**, une information sera aussi nécessaire. Selon les possibilités offertes par le logiciel qualité, une **fiche** pourrait être mise en place. Un **lien internet** pourrait aussi leur permettre de faire remonter des éléments de plaintes / réclamations.

Le registre papier sera ensuite supprimé pour éviter une multiplication des supports.

Plaintes / réclamations orales :

Le recueil des plaintes orales peut être plus délicat, une incompréhension ou un biais d'interprétation étant toujours possibles.

Il paraît opportun de demander aux agents recevant des plaintes orales d'un résident d'en faire part à l'encadrement, qui se chargera le cas échéant de retranscrire par écrit sur le logiciel qualité.

Les familles seront invitées à rédiger leur plainte / réclamation par écrit.

Traitement des plaintes / réclamations :

À défaut de temps de qualicien, les plaintes / réclamations seront reçues par le directeur.

La première étape après réception de la plainte, par fiche ou sur le logiciel, sera d'adresser un **accusé de réception** à l'auteur de la plainte / réclamation (sauf situation d'anonymat).

Toute fiche devra faire l'objet d'une **ressaisie sur le logiciel qualité** afin de disposer sur cet outil de l'exhaustivité des plaintes / réclamations.

La plainte / réclamation sera ensuite redirigée par le directeur vers l'/les encadrant(s) du/des service(s) concerné(s) pour première étude et réponse le cas échéant.

Chaque plainte / réclamation sera dans un second temps étudiée de manière collégiale en Comité Qualité. Une réponse sera alors adressée à l'auteur de la plainte / réclamation (si connu).

Le compte-rendu du Comité Qualité sera affiché et présentera de manière synthétique les plaintes / réclamations traitées.

Il convient d'attendre que le logiciel qualité soit déployé pour en mesurer les capacités en la matière (modèles de fiches de plainte / réclamation, possibilité de dépôt en ligne pour les familles, circuit de traitement...). Il est donc prévu la **mise en place** de ces éléments pour le **second semestre 2026**.

2-2-7) Événements indésirables et Comités de Retours d'EXpérience (CREX)

Les « évènements indésirables » représentent 3 des 18 « critères impératifs » de l'Évaluation selon le référentiel de la HAS (Haute Autorité de Santé). Il est ainsi demandé aux établissements, comme pour les « Plaintes et réclamations », d'organiser leur recueil, de les traiter en équipe, puis de communiquer sur le traitement réalisé.

L'approche est toutefois un peu plus aisée, les évènements indésirables étant à déclarer par les agents.

De la même manière que pour les plaintes / réclamations, il est essentiel de signaler les évènements indésirables par écrit.

Par ailleurs, les EIGS (Évènements Indésirables Graves Associés aux Soins), tout comme d'autres évènements indésirables sanitaires, sont à déclarer sur un portail national. Les dysfonctionnements graves au sens de l'article L. 331-8-1 du CASF doivent également faire l'objet d'un signalement par l'établissement aux autorités administratives.

Une **Fiche de signalement d'Évènement Indésirable (FEI)** existe depuis de nombreuses années pour l'EHPAD. La même fiche était utilisée par le SSIAD jusqu'à la dernière évaluation externe du service réalisée en 2021, qui a conduit à concevoir une FEI différenciée.

Il est également en vigueur depuis octobre 2019 dans l'établissement une « Charte de non-punition » incitant à la déclaration de ces évènements, appelée « **Charte de confiance pour inciter à signaler les évènements indésirables** ». **Cette Charte sera distribuée à chaque nouvel agent recruté.**

Le signalement permet d'analyser les évènements indésirables pour si possible apporter des mesures correctives afin de limiter la probabilité de nouvelle survenance ou d'en réduire la gravité potentielle.

Il est important de **disposer de l'identité du déclarant** car il est souvent utile de le recontacter pour obtenir davantage d'éléments sur la déclaration.

Une fois le **logiciel qualité** installé, la **déclaration** ne se fera plus par fiche papier, mais par **voie électronique**, chaque agent disposant d'un accès informatique.

En fonction du contenu de la fiche d'évènement indésirable proposée par le logiciel, soit elle sera utilisée sans modification, soit des améliorations pourront y être apportées.

À défaut de temps de qualitatif, les déclarations d'évènements indésirables informatisées seront consultées par le directeur.

La première étape après réception de la déclaration informatique sera d'adresser un **accusé de réception** à l'auteur du signalement.

La déclaration sera ensuite redirigée vers l'/les encadrant(s) du/des service(s) concerné(s) pour première étude et réponse le cas échéant.

Chaque déclaration d'évènement indésirable sera dans un second temps étudiée de manière collégiale en Comité Qualité. Une réponse sera adressée à l'auteur.

Le compte-rendu du Comité Qualité sera affiché et présentera de manière synthétique les évènements indésirables traités.

Au-delà du Comité Qualité, il existe dans certains établissements des **CREX** (Comités de Retours d'Expériences), qui vont étudier plus en détail certains évènements indésirables importants.

Ce dispositif s'inscrit dans la **culture positive de l'erreur : comprendre pour apprendre**. Il s'agit de réfléchir ensemble à tout ce qui a pu amener à l'évènement indésirable important, en aucun cas de rechercher un coupable.

C'est une prise de recul collective, à faire à distance de l'évènement.

Ce dispositif étant intéressant, il est décidé de le mettre en place au sein de l'établissement.

Il est acté que **l'adressage en CREX sera opéré par le Comité Qualité**, selon un examen gravité / fréquence de l'évènement.

Les participants au CREX seraient les personnes impliquées dans l'évènement et du personnel d'encadrement.

La périodicité des CREX n'est a priori pas estimable, elle sera fonction des besoins.

La méthode générale sera la suivante : choix de l'évènement indésirable (EI) en amont du CREX, établissement de la chronologie des faits, réflexion collective sur les causes de l'EI, proposition d'actions d'amélioration, puis rédaction d'un rapport CREX pour que la réflexion collective profite à tous.

La **mise en place des CREX** pourrait être réalisée avant la fin d'année 2026, mais en tout état de cause **après formation de l'encadrement à cette démarche**, cette formation semblant indispensable pour bien utiliser cet outil.

2-2-8) Comités Qualité

Il est essentiel de **piloter la démarche qualité**. Un logiciel dédié sera un atout majeur pour ce faire. Si l'absence de temps de qualiticien est à déplorer, il demeure cependant possible de s'appuyer sur un Comité ad hoc.

Il est décidé par le groupe de travail que **deux Comités Qualité** seront mis en place : un pour l'**EHPAD** et un pour le **SSIAD**, compte-tenu de problématiques différentes.

Pour l'**EHPAD**, il est décidé de mettre en place une **composition élargie** du Comité Qualité afin de disposer de **regards complémentaires** sur les sujets à traiter.

Ainsi, le Comité Qualité EHPAD comprendra le directeur, le médecin-coordonnateur, la cadre de santé, l'IDEC, l'adjoint des cadres, la psychologue de l'EHPAD, le Chef cuisinier, l'agent technique, une IDE, 2 AS de l'EHPAD et une ASHQ. Pour les IDE, AS, et ASHQ, la participation se fera sur la base du volontariat après appel à candidature.

Compte-tenu de sa composition, le **Comité Qualité EHPAD se réunira les jeudis, 3 à 4 fois dans l'année.**

Ses **attributions prévisionnelles** sont les suivantes :

- analyse des enquêtes de satisfaction EHPAD,
- analyse des enquêtes à un mois résidents et familles,
- analyse des fiches de signalement d'évènements indésirables (et orientation en CREX),
- analyse des plaintes et réclamations,
- suivi des objectifs des fiches-actions de toute provenance (CPOM, projet d'établissement et éventuelles autres fiches provenant des EI, des plaintes...),
- étude de divers problèmes liés à la qualité...

Le **Comité Qualité SSIAD** comprendra le directeur, la cadre de santé, l'IDEC, la psychologue du SSIAD, et 2 AS du SSIAD. Pour les AS, la participation se fera sur la base du volontariat après appel à candidature.

Ses **attributions prévisionnelles** sont les suivantes :

- analyse des enquêtes de satisfaction SSIAD,
- analyse des enquêtes à un mois patients,
- analyse des fiches de signalement d'évènements indésirables (et orientation en CREX),
- analyse des plaintes et réclamations,
- suivi des objectifs des fiches-actions de toute provenance (CPOM et éventuelles autres fiches provenant des EI, des plaintes...),
- étude de divers problèmes liés à la qualité...

Cette organisation pourra évoluer dans le cadre de la réforme des Services Autonomie à Domicile (SAD).

Pour que le suivi soit optimal, il est acté que les Comités Qualité pourront se tenir même si un ou plusieurs membres sont absents (du fait de roulements, congés, formations...).

La **mise en place** paraît envisageable pour le **second semestre 2026**.

2-2-9) Réunions de coordination

Compte-tenu de certaines évolutions, ce nouveau Projet d'Établissement est l'occasion de redessiner les contours de la réunion de coordination.

Il est retenu le principe du maintien de **réunions de coordination** périodiques.

Les participants seront les suivants : directeur, cadre de santé, IDEC, adjoint des cadres, Chef cuisinier. Selon les thématiques, médecin-coordonnateur, psychologue et animatrice pourront également être conviées.

Il s'agira de traiter de l'actualité de l'établissement et des difficultés pouvant se poser dans chaque service.

Les **thématiques qualité** (analyse des réclamations, des événements indésirables...) seront désormais **dévolues aux Comités Qualité**.

De même, les **points RH** seront des **réunions organisées à part**, au besoin, entre le directeur, la cadre de santé, l'adjoint des cadres, la responsable RH, et l'IDEC du SSIAD.

Dans un premier temps, les **problématiques techniques** pourront également être **traitées dans une réunion dédiée**, regroupant le directeur, l'adjoint des cadres et l'agent technique. Dans un second temps, il pourra être réétudié l'intérêt d'intégrer ce point technique à la réunion de coordination.

Il semble opportun de **programmer environ 5 réunions de coordination par an** (une tous les deux mois, avec une petite coupure l'été compte-tenu des congés).

2-2-10) Communication vis-à-vis des familles

Pour l'EHPAD, en tant que lieu de vie, la communication vis-à-vis des familles est importante. Il est en effet très utile que les familles connaissent l'essentiel du fonctionnement de l'établissement et soient informées de ce qui s'y déroule.

Cette communication s'est étoffée ces dernières années avec la mise à jour du **site internet** et la création de **pages Facebook et Instagram**.

Les familles sont destinataires d'une **enquête de satisfaction annuelle**, leur permettant au-delà du CVS de faire remonter leurs ressentis sur les prestations proposées. Elles **reçoivent** également **la synthèse des enquêtes** réalisées auprès des résidents / familles / personnels le cas échéant, après que celle-ci a été présentée aux instances.

Depuis 2024, le **Président suppléant du CVS** propose une fois par an une **réunion d'information à destination des familles**. L'équipe d'encadrement intervient ensuite en deuxième partie de réunion pour répondre aux questions posées. **Il est souhaité le maintien de cette réunion annuelle.**

Il est suggéré en complément la **mise en place d'une réunion d'information annuelle pour les familles organisée par l'établissement sur des thématiques plus techniques**, pouvant relever du soin ou de la psychologie.

Cette réunion pourrait être planifiée l'après-midi après les transmissions et se terminer par un goûter convivial avec les participants.

Une **première réunion de ce type pourrait être proposée à l'automne 2026**, la réunion du Président suppléant du CVS se tenant généralement au premier semestre.

Pour aller plus loin dans l'information, il est décidé la création d'un **flash-info semestriel pour les familles**, afin de les informer de **détails pratiques** (modalités de prise de repas avec les résidents, de prise de RV avec la psychologue...) et de **l'actualité de l'établissement**.

Le directeur sera « rédacteur en chef » de ce flash-info. **Un premier numéro pourrait être réalisé en début d'année 2027.**

2-2-11) Situations Sanitaires Exceptionnelles

Les « situations sanitaires exceptionnelles » représentent 2 des 18 « critères impératifs » de l'Évaluation selon le référentiel de la HAS (Haute Autorité de Santé). Il est ainsi demandé aux établissements d'élaborer un document traitant de cette thématique, puis de communiquer à son sujet.

Depuis un récent Arrêté du 12 février 2024 à mettre en œuvre pour le 1^{er} janvier 2025, le Projet d'Établissement doit désormais nécessairement aborder le sujet des situations sanitaires exceptionnelles (événements entraînant une perturbation de l'organisation des soins), qu'elles soient climatiques ou épidémiques.

Pour un établissement médico-social, ces situations sanitaires exceptionnelles sont à intégrer dans le **Plan Bleu**. Ce document doit donc à présent recouvrir de **nombreux risques** : canicule, grand froid, incendie, inondation, coupure électrique, rupture d'approvisionnement en eau potable, IRA, TIAC, GEA, légionelle, cybersécurité, fort absentéisme (plan de continuité d'activité – PCA), évacuation de l'établissement...

Quel que soit le risque, une même base de Cellule de crise doit être mise en place. Celle-ci pourra être abondée par l'intégration de certains agents selon le type de problème rencontré. L'objectif central reste d'**assurer la continuité de l'activité de l'établissement.**

Il sera ainsi **nécessaire de compléter et d'actualiser le Plan Bleu** de l'établissement, en s'appuyant par exemple sur le modèle récemment publié par la FHF. Le logiciel qualité pourrait éventuellement aussi constituer une aide à l'élaboration de ce document.

Il semble raisonnable de prévoir ce travail collaboratif de conception pour l'automne - hiver 2026, dans la mesure du possible. Il faut en effet anticiper un temps considérable pour mener à bien ce projet en l'absence de temps de qualificateur.

Une fois validée, cette **nouvelle version du Plan Bleu** sera intégrée à la **documentation du logiciel qualité** et diffusée à **l'ensemble du personnel.**

2-2-12) Bienveillance, prévention et lutte contre la maltraitance, éthique

Le « Plan de prévention contre les risques de maltraitance » fait partie des 18 « critères impératifs » de l'Évaluation selon le référentiel de la HAS (Haute Autorité de Santé), tout comme le traitement du signalement effectué.

Depuis le décret n°2024-166 du 29 février 2024, le Projet d'Établissement doit nécessairement présenter la « *démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance. Sont précisés les moyens de repérage des risques de maltraitance, les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance et celles de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues. Sont aussi précisées les modalités de communication auprès des personnes accompagnées, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Le Projet d'Établissement désigne également une autorité extérieure à laquelle les personnes accompagnées peuvent faire appel en cas de difficulté* ».

Il convient de noter que l'Établissement est fortement engagé depuis de nombreuses années dans une démarche de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bienveillance.

Notamment, des formations Humanitude ont été organisées dans les années 2010. Des **formations Bienveillance** sont aussi proposées depuis de nombreuses années et vont se poursuivre. L'établissement étudie en outre la possibilité de développer l'approche Montessori auprès des résidents, afin de renforcer l'autonomie et l'estime de soi. Diverses formations suivies par les professionnels permettent également de promouvoir la bienveillance et d'éviter la maltraitance, sur de **nombreuses thématiques** : accompagnement de fin de vie, démences et troubles apparentés, troubles psychiatriques, douleur, toucher-massage...

Outre la formation continue, pilier essentiel, la politique de lutte contre la maltraitance passe nécessairement par des **recrutements adaptés**. En ce sens, l'entretien d'embauche revêt une importance majeure, afin de sélectionner au mieux les nouveaux professionnels. Pour chacun de ces entretiens, il sera utile de **conserver une trace écrite dans le dossier administratif**. Il est rappelé que le **casier judiciaire B2** est demandé et obtenu systématiquement pour chaque recrutement.

Pour tous les professionnels, il existe au sein de l'établissement une **Charte de bientraitance** conçue en équipe. Elle est remise en annexe du Contrat de séjour à chaque résident. Le Règlement de fonctionnement (version applicable au 1^{er} mai 2023) traite également de la prévention de la maltraitance et des recours possibles dans ses articles 11 et 12.

Concernant la notion de **repérage des risques de maltraitance**, celle-ci apparaît protéiforme. En effet, divers moyens peuvent permettre de déceler ces risques. Il peut s'agir des retours des questionnaires de satisfaction pour les résidents et familles, des réponses aux enquêtes à un mois résidents et familles (lorsqu'elles seront en place), des plaintes / réclamations reçues, des transmissions rédigées par les professionnels, de l'observation directe de l'encadrement, du regard de la psychologue, d'un échange avec l'animatrice... Au final, **le repérage** est un élément essentiel qui **nécessite la vigilance et l'implication de tous**.

Pour le **signalement**, le circuit passe actuellement par les fiches de signalement d'évènements indésirables. Il est évoqué l'idée de créer un circuit spécifique, qui pourrait s'appuyer sur une « Fiche de signalement de non bientraitance » ou sur un outil dédié du futur logiciel qualité si existant. L'intérêt d'une fiche spécifique serait de disposer d'un document recouvrant explicitement toutes les formes de maltraitance, et dont le signalement pourrait être traité en priorité immédiatement après déclaration.

Le traitement du signalement pourrait comme actuellement suivre celui des évènements indésirables ou bénéficier d'un circuit spécifique. Dans ce dernier cas, il pourrait être mis en place une Cellule bientraitance (qui pourrait être constituée du Cadre de santé, du Médecin-Coordonnateur et de la Psychologue par exemple) en charge de traiter prioritairement ces signalements. Dans un second temps, comme pour les évènements indésirables, le Comité Qualité analysera à distance de l'évènement le signalement et les réponses apportées.

Tous ces éléments (repérage, signalement, traitement) seront à affiner courant 2026 selon les possibilités offertes par le logiciel qualité.

Pour le moment, il n'a pas été établi de liste des **autorités extérieures** dans le Département (par le Conseil Départemental, l'ARS et la Préfecture). Il n'est donc pas actuellement possible pour l'établissement d'en désigner une.

Enfin, depuis le début des années 2020, un travail a été relancé sur la **dimension éthique**, en lien avec l'ERENA (Espace de Réflexion Éthique de Nouvelle-Aquitaine, porté par le CHU de Limoges pour le Limousin).

Ce travail se poursuit, mais il semble difficile de constituer un **Comité éthique** en interne compte-tenu de la taille de l'établissement. Il faudra **envisager la possibilité** de participer à un **Comité inter-établissements** sur un territoire. Cette construction pourrait éventuellement être liée à la mise en place à compter de 2028 des Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS), même si la démarche éthique ne fait pas directement partie de la liste des missions mutualisables dans ce cadre.

De manière plus opérationnelle, lors d'une **décision prise en équipe à la suite d'une réflexion éthique**, il sera utile de créer un **formulaire** dans le **logiciel de soin** permettant de tracer cette démarche collective, qui pourrait être intitulé « positionnement éthique ».

2-2-13) Politique de développement durable

Par définition, le Développement Durable cherche à améliorer la performance de l'établissement. Pour cela, la démarche s'appuie sur 3 piliers :

- social (Qualité de Vie au Travail, thème traité en Projet Social),
- économique (politique d'achat),
- environnemental (énergie, déchets...)

Concernant le **volet économique**, il s'agit de poursuivre une orientation de bonne utilisation de l'argent public (principalement octroyé par l'ARS) mais aussi des ressources privées (émanant très majoritairement des résidents et des familles), par une gestion saine de l'établissement, sans réduire la qualité de l'accompagnement. Ceci passe notamment par des mises en concurrence des fournisseurs, et par une analyse en coût global des projets d'investissement.

La **dimension environnementale** a été fortement travaillée depuis une dizaine d'années, avec un recours important aux CEE (Certificats d'Économie d'Énergie). Ces aides ont permis de financer tout ou partie de travaux visant à améliorer l'isolation du bâtiment et réduire les factures énergétiques : pose de laine de verre soufflée dans les combles, calorifugeage des tuyaux et des points singuliers, installation de robinets thermostatiques, passage en LED de l'éclairage extérieur...

D'autres démarches ont été effectuées par l'établissement sur le plan environnemental, parmi lesquelles : tri des déchets, mise en place d'un composteur, passage progressif en LED de l'ensemble des luminaires intérieurs, détecteurs de mouvement, remplacement de bidons de produits d'entretien par des emballages plastiques recyclables, utilisation de 75% de véhicules électriques au SSIAD...

Il est souligné que le **tri des déchets peut encore être optimisé**, certains déchets n'étant pas toujours placés dans la poubelle adéquate.

L'établissement souhaite à présent la réalisation d'un désembouage, si possible dès 2026. Il s'agit d'un nettoyage du circuit de chauffage (suppression des boues accumulées) permettant d'améliorer l'efficacité du système, et donc de réaliser des économies d'énergie. Ce désembouage était éligible au CEE jusqu'en février 2026. Une surveillance des fiches CEE va être effectuée, dans l'attente d'une possible réintégration de cette action au dispositif.

Il conviendra aussi de travailler sur la possibilité d'installer un système d'automatisation et de contrôle des bâtiments (BACS). Ce système permet de contrôler et superviser la gestion de l'ensemble des installations techniques d'un bâtiment (chauffage, climatisation, eau chaude sanitaire, éclairage, stores, systèmes de sécurité...). Cette installation, prévue par deux décrets de 2020 et 2023, demeure sous réserve du coût, de la faisabilité, des subventions possibles et du temps de retour sur investissement. **Cette réflexion pourrait être lancée en 2027.**

À plus long terme, il conviendra de réfléchir au type de chauffage qui pourrait être installé lors d'un remplacement des chaudières gaz en place.

A la date de rédaction du présent Projet d'Établissement, la Corrèze ne dispose pas encore de « Conseiller en transition énergétique et écologique en santé ». Il semble envisageable que les Hôpitaux de Corrèze se positionne à l'avenir sur un Appel à Manifestation d'Intérêt visant au financement d'un tel poste. En cas de mise en place de cette fonction, il sera intéressant de se rapprocher des Hôpitaux de Corrèze pour la réalisation d'un « audit » de l'établissement débouchant sur des propositions d'amélioration, afin d'accélérer cette transition énergétique et écologique.

Dans le cadre de la mise en place des GTSMS, un axe de réflexion concerne la mutualisation de la politique de développement durable. À ce titre, l'établissement pourrait dans les prochaines

années mettre en œuvre des actions relatives aux écosoins⁹. Il pourrait également être étudié l'opportunité de s'engager vers l'éco-hébergement, et éventuellement vers la certification AFNOR « Hébergement en établissements sanitaires et médico-sociaux ». En effet, l'EHPAD de Vigeois, qui devrait être membre du même GTSMS que l'établissement, est précurseur dans ces domaines.

2-2-14) Démarche d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux (DAMRI)

L'outil DAMRI s'inscrit dans la continuité du DARI (Document d'Analyse du Risque Infectieux) mis en place par la Circulaire interministérielle du 15 mars 2012. Il était alors conseillé de réaliser le DARI dans le cadre de l'évaluation interne. Cependant, ceci n'avait pas été effectué au sein de l'établissement.

L'outil DAMRI est un outil plus complet et récent que le DARI, élaboré par le CHU de Besançon.

Il s'agit d'une **grille d'auto-évaluation** qui recouvre **8 chapitres** :

- Organisation, moyens humains et matériels pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux,
- Risques infectieux associés aux soins,
- Risques infectieux liés à l'environnement,
- Risques infectieux liés à la prestation repas,
- Risques infectieux liés à la prestation linge,
- Risques infectieux liés à l'entretien des locaux,
- Risques infectieux liés à l'organisation d'animations,
- Risques infectieux liés à une situation épidémique.

Cette auto-évaluation permet de **cartographier le risque infectieux de l'établissement**, de mesurer son **niveau de maîtrise**, et de mettre en place un **plan d'actions hiérarchisées**.

Le travail sur l'outil DAMRI a débuté le 11 décembre 2025 par le remplissage du premier Chapitre avec l'aide de l'EMH de Tulle. Les autres Chapitres seront **à compléter en équipe courant 2026**.

⁹ Les soins écoresponsables, ou « écosoins », visent à offrir une prise en charge de qualité, sécurisée et pertinente, tout en réduisant l'impact environnemental.

2-2-15) Politique numérique

Le développement du numérique dans les secteurs de la santé et du médico-social nécessite d'y consacrer une attention particulière.

En effet, l'affirmation des droits des usagers implique le respect des dispositions du **RGPD** (Règlement Général sur la Protection des Données) et la désignation d'un **DPO** (Délégué à la Protection des Données).

Le respect de la confidentialité des données numériques passe par une **politique de sécurité informatique**. Les principes essentiels sont rappelés ci-dessous :

- Fermeture à clé des bureaux disposant d'ordinateurs / tablettes à usage individuel, en l'absence de l'occupant,
- Code d'ouverture de session informatique, et déconnexion en cas de départ du bureau,
- Sauvegarde automatique des données du serveur informatique, doublé d'un serveur NAS,
- Code d'accès personnel aux différents logiciels utilisés (soins, facturation, paye, mandatement, plannings...),
- Importance de la déconnexion sur les logiciels ouverts sur des PC / tablettes / téléphones à usage collectif (principalement les logiciels de soins, et à venir le logiciel qualité),
- Ne pas utiliser de clés USB personnelles sur les PC et tablettes.

Grâce au programme ESMS Numérique, l'établissement a pu équiper l'EHPAD et le SSIAD de **logiciels de soins référencés Ségur**. Ainsi, ces logiciels disposent notamment de l'INS (Identifiant National de Santé), de l'accès au DMP (Dossier Médical Partagé) et de la MSS (Messagerie Sécurisée de Santé).

Les droits d'accès sont configurés selon la fonction occupée par l'agent, afin que chacun ait à disposition les données qui lui sont nécessaires, mais pas davantage.

Les éditeurs de ces deux logiciels full-web (sans hébergement de données sur notre serveur) sont certifiés Hébergeurs de Données de Santé (HDS).

Concernant la **cybersécurité**, l'établissement dispose d'un serveur en location-maintenance, équipé d'un pare-feu protégeant le réseau informatique.

Un diagnostic cybersécurité a été réalisé en juin 2025 avec l'outil MonAideCyber. À la suite, un scan de vulnérabilités a également été effectué. Enfin, au cours de l'été, une première campagne de phishing a été lancée. Ces démarches ont été accomplies grâce au soutien du GRADeS (GRoupement d'Appui au Développement de la e-Santé) ESEA Nouvelle-Aquitaine.

Il a été décidé de **reproduire chaque année un exercice de phishing**. En outre, le GRADeS ESEA a été sollicité pour une **sensibilisation à la cybersécurité** auprès des agents sur le second semestre 2026. Il sera utile de proposer régulièrement une sensibilisation de ce type aux professionnels afin de réduire le risque de fuites de données sensibles.

Plus globalement, pour tenir compte des nombreuses évolutions constatées ces dernières années, il sera nécessaire d'**actualiser la Charte informatique existante**.

Il sera également utile de suivre attentivement la progression des usages de l'**intelligence artificielle** au sein du secteur médico-social, qui pourrait permettre des gains d'efficacité.

Du fait du développement du numérique – et de la dépendance qui en résulte - il est apparu important aux membres du groupe de travail de réfléchir aux **procédures dégradées d'accès aux logiciels métiers**.

Avec la mise en place de **logiciels de soins full-web**, il peut se poser des difficultés d'accès aux données en cas de coupure internet. En effet, dans ce cas, le logiciel n'est temporairement plus accessible, ce qui peut complexifier l'accompagnement des résidents et des patients.

Concernant le **logiciel métier de l'EHPAD**, TITANLINK, un **fonctionnement en mode dégradé est possible**. Un ensemble de données issues du logiciel (identités, plans de soins, prescriptions, DLU...) sont très régulièrement et automatiquement copiées par le logiciel dans un dossier placé sur un PC de la salle de soin, sous format PDF. Ces données sont donc accessibles en cas de coupure internet pour assurer la continuité de l'accompagnement des résidents.

Pour ARCAD, **logiciel métier du SSIAD**, il n'existe pas ce type de secours. Une **demande de développement a été effectuée par l'établissement auprès de l'éditeur**. Actuellement, de nombreux éléments du logiciel métier sont imprimés pour pouvoir être consultés par les professionnels en cas d'impossibilité d'accès à Internet.

À l'heure actuelle, les logiciels de comptabilité, de facturation, de gestion RH et de plannings sont des solutions hébergées sur le serveur de l'EHPAD, lui-même doublé d'un serveur NAS, ce qui protège d'une coupure internet. Seule l'inaccessibilité du réseau interne pourrait constituer une difficulté. Aussi, l'établissement dispose d'un contrat de maintenance informatique sur les PC et le serveur.

2-2-16) Évolution des dispositifs de médiation

En cas de mécontentement d'un résident ou d'une famille avec les prestations délivrées par l'établissement, un **premier niveau de médiation consiste en une prise de rendez-vous avec l'encadrement ou la direction**, éventuellement en lien avec le dispositif « Plaintes et réclamations » traité dans ce Projet Qualité.

Concernant des **problématiques uniquement liées à l'hébergement**, il est possible de solliciter en externe un **médiateur à la consommation** (ce point est traité en Projet de Vie).

Au-delà, la réglementation prévoit depuis la Loi du 2 janvier 2002 des « **personnes qualifiées** », qui **aident les résidents à faire valoir leurs droits** et jouent un rôle de médiateur en cas de conflit. Ces personnes qualifiées sont désignées par arrêté conjoint du Conseil Départemental, de l'ARS et de la Préfecture. L'arrêté le plus récent est daté du 5 mars 2026. Il est affiché et a donné lieu à communication en CVS.

Plus récemment, depuis 2022, le législateur a introduit la notion d'« **autorité extérieure** », à laquelle **un résident peut faire appel en cas de difficulté** et qui est autorisée à visiter l'établissement. L'EHPAD doit nommer cette autorité extérieure dans son Projet d'Établissement selon l'article L.311-8 du CASF. Les « autorités extérieures » qu'il est possible de désigner doivent être listées par arrêté conjoint de l'ARS, du Conseil Départemental et de la Préfecture. Cette liste n'a pas encore été établie en Corrèze. **Une information sera donnée aux résidents et aux familles dès que l'arrêté conjoint relatif à l'autorité extérieure sera publié.**

2-2-17) Préparation de l'Évaluation

Suite à la Loi du 24 juillet 2019, le dispositif de l'Évaluation a été fortement modifié pour le secteur médico-social.

Cette Évaluation quinquennale remplace l'Évaluation externe qui était à réaliser tous les 7 ans. Il n'est plus obligatoire de procéder en amont à une **Évaluation Interne**, mais cette **démarche** semble cependant à la fois **utile et indispensable**.

La date de l'Évaluation n'est plus déterminée par rapport à l'Autorisation de l'établissement ou du service, mais définie par le Département et l'ARS. Ainsi, l'**Évaluation** de l'EHPAD est à transmettre aux autorités administratives pour le **3^{ème} trimestre 2027**, ce qui signifie que la **venue des évaluateurs** serait à programmer pour le **mois de juin 2027**.

En effet, suite à la visite, il est établi sous un mois un pré-rapport par l'organisme en charge de l'Évaluation. L'établissement dispose ensuite d'un mois pour faire part de ses observations. Enfin, le rapport définitif est remis par l'équipe d'évaluateurs dans un nouveau délai d'un mois.

Pour mémoire, le référentiel d'Évaluation s'articule autour de 3 chapitres : la personne, les professionnels, l'établissement ou service. Les évaluateurs rencontreront donc des résidents, les membres du CVS, de nombreux agents et l'encadrement.

Au sein de ces chapitres, 9 thématiques sont étudiées : bientraitance et éthique, droits de la personne accompagnée, expression et participation de la personne accompagnée, co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement, accompagnement à l'autonomie, accompagnement à la santé, continuité et fluidité des parcours, politiques ressources humaines, et démarche qualité et gestion des risques.

Ces thématiques recouvrent 42 objectifs, eux-mêmes organisés en 157 critères. Parmi ceux-ci, 18 sont des critères impératifs, donnant lieu à plan d'actions à la suite de l'Évaluation s'ils ne sont pas satisfaits.

Il s'agit donc d'un référentiel très complet, mesurant le niveau de qualité atteint par la structure dans de nombreux domaines (étape « Vérifier » de la roue de DEMING). L'Évaluation constitue ainsi un élément majeur aidant à poursuivre l'amélioration continue des prestations délivrées par l'établissement.

Aussi, **entre la rentrée 2026 et la fin du printemps 2027**, il conviendra de **conduire en équipe pluriprofessionnelle cette préparation à l'Évaluation**, sur la base du référentiel national HAS.

Dans ce cadre, le logiciel qualité sera sans doute une aide précieuse. Il est toutefois signalé que les moyens de l'établissement pour ce faire sont limités en l'absence de temps de qualicien, poste qui semble nécessaire pour piloter efficacement cette démarche complexe. Cependant, l'établissement s'organisera pour effectuer au mieux cette étape de préparation.

SYNTHÈSE DES ACTIONS ET OBJECTIFS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Il ressort de l'ensemble du Projet d'Établissement qui vient d'être présenté de nombreuses actions qu'il est prévu de mener jusqu'en décembre 2030, pour la grande majorité sans moyens nouveaux.

Les différentes actions validées par le Comité de Pilotage sont mises en avant dans le tableau ci-après. Chacune donne lieu à la rédaction d'une fiche-action.

En outre, afin de garantir la cohérence du Projet, chaque action a été rattachée par le Comité de Pilotage à un objectif principal. Il faut avoir conscience qu'il arrive fréquemment qu'une même action puisse répondre à plusieurs objectifs. C'est donc celui qui paraissait le plus important qui a été mentionné pour chacune des actions dans le tableau de synthèse suivant :

OBJECTIFS	ACTIONS	N° FICHE	PILOTE(S)	CALENDRIER
PROMOUVOIR UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ, ADAPTÉE, DURABLE ET FAVORISANT LE PLAISIR	Développer les approvisionnements en circuits courts et les achats de produits bio et labellisés	11	Chef Cuisine ADCH	À compter de 2026
	Développer les desserts et goûters faits maison	12	Chef Cuisine	À compter de 2026
	Améliorer la lutte contre la dénutrition	33	Médecin-coordonnateur Cadre de santé Référents nutrition Chef Cuisine	2 nd semestre 2026

AMÉLIORER LE CADRE DE VIE, LE CONFORT, L'ACCESSIBILITE ET LA FONCTIONNALITÉ DES ESPACES	Investir dans quelques radiateurs d'appoint afin de pallier des dysfonctionnements occasionnels du chauffage dans des chambres	14	ADCH Agent technique	Septembre 2026
	Réaménager la salle de soins afin d'optimiser les conditions de travail et l'organisation des espaces	16	Cadre de Santé Agent technique	Juin 2027
	Finaliser les travaux de réhabilitation de la Grange (sous réserve de la validation du PPI par le Département)	17	Directeur	2027 (selon accord du Département)
	Créer un espace de stationnement dédié aux véhicules deux-roues	18	ADCH Agent technique	Avril 2027
	Réaménager les terrasses et valoriser la terrasse potager	44	Directeur Animatrice Agent technique	2026-2028
	Améliorer la décoration intérieure de l'établissement, le mobilier et le confort des espaces communs	45	Directeur Animatrice Cadre de Santé ADCH	2027
	Faciliter les sorties grâce à l'acquisition d'un véhicule PMR	47	Directeur Animatrice ADCH	Selon obtention de subventions pour l'acquisition d'un véhicule – 2030

STRUCTURER UN ACCUEIL ET UN PARCOURS D'ADMISSION LISIBLE POUR LES RÉSIDENTS, LES PATIENTS ET LES FAMILLES	Personnaliser le message d'accueil téléphonique du standard de l'établissement	1	ADCH	Décembre 2026
	Remodeler et actualiser le livret d'accueil de l'EHPAD	2	ADCH Adjointe administrative en charge des résidents	Mars 2027
	Fluidifier la gestion de la liste d'attente pour optimiser le taux d'occupation de l'EHPAD	3	Cadre de Santé Médecin-coordonnateur Adjointe administrative en charge des résidents ADCH	2 nd semestre 2026
	Dans le cadre de l'accueil d'un nouveau résident, rédiger une check-list des actions à réaliser et des informations à transmettre aux différents professionnels	4	ADCH Adjointe administrative en charge des résidents Cadre de Santé Chef Cuisine	Septembre 2026
	Améliorer l'accueil par l'actualisation du livret de bienvenue et la création d'un plan simplifié de l'établissement à destination des résidents	5	ADCH Animatrice	Septembre 2027
	Adapter les documents institutionnels aux personnes âgées vulnérables sur le plan cognitif (FALC, CAA)	6	ADCH Psychologue Animatrice	2027-2030

	Clarifier les démarches de préadmission et d'admission du SSIAD	63	IDEC	Septembre 2026
	Mettre en place pour le SSIAD les enquêtes de satisfaction à 1 mois post admission	73	IDEC	Janvier 2027
	Mettre en place pour l'EHPAD des enquêtes à un mois résidents et familles	75	Directeur	Premier trimestre 2026
OPTIMISER UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ AUX TROUBLES NEUROCOGNITIFS ET COMPORTEMENTAUX	Améliorer la prise en charge des troubles neurodégénératifs et du comportement par des approches non médicamenteuses	19	Psychologue Cadre de santé Référents	2026
	Évaluer l'opportunité de s'engager dans une démarche de déploiement de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées	24	Directeur Médecin-coordonnateur Cadre de santé Psychologue IDEC	À compter du 2 nd semestre 2026
	Poursuivre l'amélioration de l'accompagnement au PASA	25	Médecin-coordonnateur Psychologue Équipe PASA	À compter de 2026

GARANTIR UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ ET BIEN TRAITANT	Améliorer la connaissance des résidents à l'entrée par la rédaction de deux recueils des habitudes de vie : un document synthétique et un complémentaire détaillé	7	Cadre de Santé Psychologue	Décembre 2026
	Améliorer la conception des PAP des résidents et les communiquer aux familles	8	Cadre de Santé Psychologue	2027
	Réaliser l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) à l'EHPAD et en centraliser les éléments dans un document unique dès l'admission	22	Médecin-coordonnateur Cadre de santé	2 nd semestre 2026
	Améliorer la connaissance des patients du SSIAD par la création d'un outil "recueil des habitudes de vie" dédié au domicile	66	IDEC Cadre de santé	Mars 2027
	Améliorer la conception des PAP du SSIAD via la mise à jour de la procédure	68	IDEC Psychologue Cadre de santé	Juin 2027
DÉVELOPPER UNE DÉMARCHE ECO-RESPONSABLE ET DE MAITRISE DES RESSOURCES	Progresser dans les achats de produits d'entretien éco-labellisés	9	ADCH Cadre de Santé	À compter de 2027
	Améliorer le tri des déchets et réduire le gaspillage alimentaire	13	ADCH Chef Cuisine Cadre de Santé	Décembre 2026
	Finaliser le remplacement progressif de l'éclairage par des équipements LED	15	ADCH Agent technique	2026-2030

DÉVELOPPER LA VIE SOCIALE, CULTURELLE, LA CITOYENNETÉ ET L'OUVERTURE SUR LE TERRITOIRE	Mettre en place un budget culturel trimestriel et une régie d'avance	34	Directeur Animatrice ADCH	2027
	Organiser annuellement un barbecue et un goûter des familles	35	Animatrice Cuisine Directeur	À compter de 2027
	Créer une sortie annuelle culturelle, mémorielle ou citoyenne	36	Animatrice Directeur Cadre de Santé	À compter de 2027
	Développer l'intégration des patients du SSIAD aux animations et leur transmettre chaque semaine le planning d'animation	37	Directeur Animatrice Cadre de Santé	À partir de janvier 2026
	Recruter un service civique pour soutenir l'animation et développer le bénévolat	38	Directeur Animatrice Adjointe administrative en charge des RH	À compter de 2026
	Développer les partenariats intergénérationnels	39	Animatrice	À compter de 2026
	Développer les partenariats associatifs et événementiels locaux	40	Animatrice	À compter de 2026
	Développer les rencontres inter-EHPAD	41	Animatrice Équipe PASA	À compter de 2026

	Déployer des ateliers numériques pour les résidents	42	Animatrice	2027
	Construire et déployer le projet de médiation animale	43	Directeur Animatrice Adjointe administrative en charge des RH	Préparation 2026-2027 ; déploiement visé en 2028
AMÉLIORER L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION AUPRÈS DES RÉSIDENTS ET DES FAMILLES	Améliorer la communication sur les repas pour les résidents et les familles	10	Animatrice Adjointe administrative en charge des résidents	2 ^{ème} semestre 2027
	Renforcer la communication interne et externe autour de l'animation	46	Directeur Animatrice Adjointe administrative en charge des résidents	À compter de 2026
	Mettre en place une réunion annuelle pour les familles sur des thématiques de soin ou psychologiques	80	Directeur ADCH Cadre de Santé	Automne 2026
	Mettre en place un flash-info semestriel pour les familles	81	Directeur	Premier trimestre 2027

DÉVELOPPER LES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, LA TRAÇABILITÉ ET LA COORDINATION	Optimiser les transmissions par le déploiement des transmissions ciblées dans le dossier informatisé de l'EHPAD	20	Médecin-coordonnateur Cadre de santé IDE référente	2028
	Améliorer le circuit du médicament	21	Médecin-coordonnateur Cadre de santé IDE référente Prestataire pharmacie	À compter de 2026
	Mettre en place la commission de coordination gériatrique	23	Médecin-coordonnateur	2 nd semestre 2026
	Se conformer aux attendus de l'utilisation des contentions au sein de l'établissement	26	Cadre de santé Ergothérapeute Réfèrent contention	À compter de 2026
	Développer l'accompagnement de tous les professionnels médecins et kinésithérapeute à la traçabilité dans le dossier de soin informatisé	27	Cadre de santé Médecin-coordonnateur IDE référente	À compter de 2026
	Prévenir, repérer et analyser la chute en équipe	28	Cadre de santé Ergothérapeute IDE Kinésithérapeute	À compter de 2026

	Assurer le repérage, l'évaluation et le traitement de la douleur	29	Cadre de santé IDE Soignant référent Médecin-coordonnateur	À compter de 2026
	Améliorer le maintien de la continence et l'acceptation de l'incontinence	32	Médecin-coordonnateur Réfèrent continence nuit et jour Cadre de Santé	À compter de 2026
AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE DANS LE RESPECT DES DROITS ET LIBERTÉS DES RÉSIDENTS ET PATIENTS	Sensibiliser aux directives anticipées, les recueillir et les intégrer au logiciel métier de l'EHPAD	30	Médecin-coordonnateur Cadre de santé Psychologue IDE référent	2 nd semestre 2026
	Améliorer l'accompagnement des résidents en fin de vie	31	Médecin-coordonnateur Cadre de santé Psychologue IDE référent	À compter de 2026
	Élaborer un protocole fin de vie et décès pour le SSIAD	62	IDEC Psychologue Cadre de santé	Juillet 2027
	Sensibiliser les patients du SSIAD aux directives anticipées	64	IDEC Psychologue	Décembre 2027

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL, PRÉVENIR LES RISQUES PROFESSIONNELS ET SOUTENIR LES ÉQUIPES	Organiser des temps conviviaux favorisant la cohésion d'équipe	48	Adjointe administrative en charge des RH CSE	Avril 2027
	Déployer un flash Info RH trimestriel à destination des agents	49	Adjointe administrative en charge des RH	À compter de 2027
	Actualiser et faire connaître le DUERP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels) aux agents	50	Adjointe administrative en charge des RH ADCH	Décembre 2026
	Mettre en place des ateliers bien-être pour les professionnels	51	Adjointe administrative en charge des RH	Avril 2027
	Orienter les agents en demande vers une plateforme d'écoute et d'accompagnement psychologique	52	Adjointe administrative en charge des RH	2 nd semestre 2026
	Mener une réflexion sur le recours au télétravail dans le respect du cadre réglementaire et organisationnel	55	ADCH Directeur	2027
	Mettre en place des groupes d'analyse des pratiques professionnelles, animés par un(e) psychologue	56	Adjointe administrative en charge des RH Cadre de Santé IDEC	2028
	Mettre en place une formation « Communication » pour l'ensemble du personnel	60	Adjointe administrative en charge des RH Directeur Cadre de Santé	À compter de 2026

STRUCTURER L'ACCUEIL, RENFORCER LA FORMATION ET PILOTER LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES MÉTIERS ET DES COMPÉTENCES	Améliorer la fiche de recueil des souhaits de formation	53	Adjointe administrative en charge des RH Cadre de Santé ADCH Chef Cuisine IDEC	Décembre 2026
	Mutualiser des formations dans le cadre du futur GTSMS	54	Adjointe administrative en charge des RH ADCH	2028
	Mettre à jour les livrets d'accueil agents et stagiaires	57	Adjointe administrative en charge des RH	2027
	Organiser un point d'étape un mois après l'arrivée de tout nouvel agent recruté	58	Adjointe administrative en charge des RH Cadre de Santé ADCH Chef Cuisine IDEC	Septembre 2026
	Mettre en place un tableau de suivi pluriannuel des départs en retraite	59	Adjointe administrative en charge des RH	Septembre 2026

STRUCTURER ET ADAPTER L'OFFRE SSIAD/SAD POUR AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE	Mettre à jour les fiches de poste, de fonctions et de référent du SSIAD	61	IDEC Cadre de santé	Décembre 2026
	Mettre en place un Service Autonomie À Domicile (SAD) mixte, conformément au cahier des charges national	65	Directeur Cadre de santé IDEC	2026-2028
	Améliorer le soutien aux aidants du SSIAD par le repérage de l'épuisement et la mise en place d'actions personnalisées	71	IDEC Psychologue	Juin 2028
	Améliorer, pour le SSIAD, le repérage des risques de fragilité de la personne âgée afin d'éviter des ruptures de parcours, des hospitalisations et une aggravation de la dépendance	72	IDEC Psychologue Cadre de santé	Septembre 2028
DÉVELOPPER LA CULTURE DE SÉCURITE ET DE GESTION DES RISQUES	Améliorer, pour le SSIAD, la prévention du risque infectieux par la rédaction de procédures en cas de BMR et contexte épidémique	70	IDEC Cadre de santé Médecin- coordonnateur	Janvier 2028
	Refondre le Plan Bleu (adaptation aux Situations Sanitaires Exceptionnelles)	82	Directeur ADCH	De septembre 2026 à mars 2027
	Rédiger le Plan de prévention contre les risques de maltraitance	83	Directeur ADCH Cadre de Santé Médecin- coordonnateur	Décembre 2026
	Compléter l'outil DAMRI (Démarche d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux)	84	Directeur ADCH Cadre de Santé Médecin- coordonnateur	Décembre 2026

RENFORCER LE PILOTAGE DE LA DEMARCHE QUALITÉ ET LES OUTILS DÉPLOYÉS	Sécuriser la gestion administrative du SSIAD par la mise à jour de la procédure "archivage de dossiers"	67	IDEC	Mars 2028
	Améliorer la gestion des stocks du SSIAD par la création d'une procédure ad hoc avec mise en place de 2 référents et création d'une fiche de fonction	69	IDEC	Février 2027
	Mettre en place et déployer un logiciel qualité EHPAD et SSIAD	74	Directeur ADCH Cadre de Santé IDEC	Premier trimestre à septembre 2026
	Centraliser les plaintes et les réclamations dans le logiciel qualité	76	Directeur ADCH Cadre de Santé IDEC	À compter du 2 nd semestre 2026
	Centraliser les Fiches d'Évènements Indésirables (FEI) dans le logiciel qualité	77	Directeur ADCH Cadre de Santé IDEC	À compter de janvier 2026
	Mettre en place des Comités de Retours d'Expérience (CREX)	78	Directeur ADCH Cadre de Santé IDEC	À compter du 2 nd semestre 2026
	Mettre en place des Comités qualité EHPAD et SSIAD	79	Directeur ADCH Cadre de Santé IDEC	À compter du 2 nd semestre 2026
	Préparer l'Évaluation de l'EHPAD de 2027	85	Directeur ADCH Cadre de Santé	Septembre 2026 à Juin 2027

CONCLUSION

Le présent Projet d'Établissement se veut à la fois ambitieux et réaliste : ambitieux parce que nous voulons le meilleur pour les résidents et les patients, et réaliste car un projet non réalisable est inutile.

Toutefois, il faut garder à l'esprit qu'un Projet d'Établissement n'a d'utilité réelle que si sa conception et sa diffusion sont accompagnées d'une prise de conscience collective de ce qu'il implique.

Sous réserve, a minima, du maintien des moyens octroyés à l'établissement (comprenant la prise en compte de l'inflation et des mesures salariales) sur ces prochaines années, ce projet peut être vu comme une forme de contrat moral d'engagement, de coopération professionnelle, de coordination au profit des résidents et des patients.

C'est un document qu'il convient de conserver, respecter, suivre et faire vivre en tenant compte de la nécessaire évolutivité de son contenu.

Il est le témoin de nos valeurs, de l'implication de l'ensemble des personnels dans une volonté commune de promotion de la bientraitance, et ce dans une démarche d'amélioration continue des prestations proposées.

De ce fait, ce Projet d'Établissement bénéficiera d'un suivi au cours de sa période de validité. Ainsi, les Comités Qualité EHPAD et SSIAD auront pour mission de dresser annuellement des bilans d'étape de la mise en œuvre du projet.

Ensuite, un bilan final de la mise en application des orientations du projet sera réalisé en fin d'année 2030 par les Comités Qualité pour être introduit dans la conception du prochain Projet d'Établissement, qui couvrira la période janvier 2031 - décembre 2035.