

PROJET D'ETABLISSEMENT

EHPAD LE SOULEILHOU

Lotissement du Bourg
46 310 SAINT GERMAIN DU BEL AIR
Tel : 05 65 31 05 99

2018-2022

PROJET D'ETABLISSEMENT LE SOULEILHOU 2018-2022

Liste des sigles et acronymes utilisés	5
Partenaires	7
1) L'histoire et le projet porté par le CCAS de Saint Germain	9
a. L'histoire	9
b. Les valeurs du service public	10
2) Les principes d'intervention de l'établissement	11
a. La promotion de la bientraitance	11
i. Mise en œuvre	11
b. Le prendre soin	13
i. Mise en œuvre	13
c. La méthode Montessori adaptée	13
i. Mise en œuvre	14
3) Les missions	15
a. Le CASF	15
b. L'arrêté d'autorisation	15
c. Les politiques publiques	15
d. La convention tripartite... le CPOM	15
e. Les recommandations professionnelles de l'ANESM	16
4) Le public et les relations avec l'entourage et valorisation des droits individuels et collectifs	17
a. Le public accueilli et les dynamiques de parcours	17
i. L'identification des attentes et des besoins	17
ii. Les groupes homogènes d'usagers	18
b. Les relations avec l'entourage	18
c. La participation et l'expression des résidents	19
i. Au niveau collectif	19
1. Le CVS	19
2. Groupe de parole	20
3. Commissions	20
ii. Au niveau individuel	20
1. Le contrat de séjour et le livret d'accueil	20
2. La personne qualifiée	21
3. La personne de confiance, les directives anticipées	21
4. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé	22
5. Les enquêtes de satisfaction	23
d. Articulation vie privée/vie collective	23
e. Anticiper les évolutions	23
5) La nature de l'offre de service et son organisation	25
a. Les caractéristiques principales de l'accompagnement	25

i. Les prestations	25
ii. Les activités	26
iii. La contribution des professionnels	27
iv. L'entretien, l'hygiène et la sécurité	28
b. L'organisation interne de l'offre de service	29
i. L'admission et l'accueil	29
1. En hébergement permanent	29
2. En hébergement temporaire	29
3. Au PASA	30
ii. La commission d'admission	31
iii. L'inscription sur liste d'attente	31
iv. La réorientation	31
6) Les différents volets du Projet d'établissement : transversalité et passerelles	32
a. Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)	32
i. Le projet soins	33
1. La gestion de la douleur	33
2. La prévention des escarres	33
3. La prévention des chutes	34
4. La prévention de la dénutrition	34
ii. Le projet de vie	35
1. Les attentes du résident, la qualité de vie	36
2. L'évaluation des troubles du comportement	37
iii. Le projet d'accompagnement à la vie sociale	38
1. Les objectifs	39
2. Les activités	39
3. Les bénévoles	40
4. La coordination des activités	40
iv. La coordination des PAP	40
b. Le PASA	40
i. Les missions	41
ii. Les objectifs	41
iii. Les actions	41
c. L'hébergement temporaire	42
d. Le projet médical	43
i. Du prendre soin aux soins	44
1. Le circuit du médicament	44
2. Evaluer le degré de fragilité des personnes	44
3. Améliorer l'accompagnement des personnes souffrant d'altérations cognitives	44
4. Mise en place de la commission de coordination gériatrique	45

5. Renforcer la coordination, le partenariat	45
6. L'accompagnement de la fin de vie	45
7. La prévention du risque infectieux	47
e. L'ouverture sur l'extérieur et le partenariat	47
i. L'établissement une ressource pour le territoire	48
ii. Le territoire une ressource pour l'établissement	48
iii. Le GCSMS et la filière gériatrique	48
iv. Les autres conventions	49
v. L'association des usagers	49
7) Les professionnels et les compétences mobilisées	50
a. Le tableau des effectifs	50
b. Les délégations	50
c. La communication interne et les transmissions	50
d. La coordination interne	51
e. La GPEC	52
f. Le plan de formation	53
g. Le soutien des professionnels	55
i. Groupe d'analyse des pratiques professionnelles	55
ii. L'assistant de prévention et le DUERP	56
iii. Les enquêtes de satisfaction	57
iv. Les entretiens annuels	57
h. Réunions et groupes de travail	58
8) Les objectifs d'évolution, de progression et de développement	60
a. Les perspectives d'évolution	61
b. L'amélioration de la qualité	62
i. L'outil IJTrace	62
ii. Le comité de suivi et les groupes de travail	63
iii. La gestion des événements indésirables (GEI)	64
c. Le plan d'action sur 5 ans	64
Annexes : fiches action et rétroplanning	68

Liste des sigles et acronymes utilisés

Adj Tech : Adjoint Technique
 AJ : Accueil de Jour
 ALD : affectation longue durée
 AMP : Aide Médico-Psychologique
 ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médicaux-sociaux
 APA : Activité Physique Adaptée
 APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
 ARS : Agence Régionale de Santé
 AS : Auxiliaire de soins (aide soignante)
 ASG : Assistante de Soins en Gérontologie
 ASH : Agent de Service Hôtelier
 ASV : loi 2015-1776 Adaptation de la Société au Vieillessement
 CASF : Code de l'Action Sociale et de Famille
 CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
 CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale (centre de formation)
 CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
 CS : Contrat de Séjour
 CSP : Code de la Santé Publique
 CTP : Comité Technique Paritaire (Fonction Publique Territoriale)
 CVS : Conseil de la Vie Sociale
 DA : Directives Anticipées
 DARI : Document d'Analyse du Risque Infectieux
 DIPIC : Document Individuel de Prise en Charge
 DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
 EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
 EMG : Equipe Mobile de Gériatrie
 EPA : Espace Personnes Agées (anciens CLIC)
 ETP : Equivalent Temps Plein
 FTLV : Formation Tout au Long de la Vie
 GAPP : Groupe d'Analyse des Pratiques Professionnelles
 GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
 GHU : Groupe Homogène d'Usagers
 GIR : Groupe Iso-Ressource
 GMP : GIR Moyen Pondéré
 GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
 HAD : Hospitalisation A Domicile
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HPST : loi 2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients à la Santé et aux Territoires
 HT : Hébergement Temporaire
 IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
 IDEC : Infirmière Coordinatrice

LA : Livret d'Accueil

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer et apparentés

MedCo : Médecin Coordonnateur

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PE : Projet d'Etablissement

PF : Plan de Formation

PMND : Plan national Maladies Neuro Dégénératives

PSGA : Plan Solidarité Grand Age

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

PSI : Plan de Soin Individualisé

RBPP : Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles

RF : Règlement de Fonctionnement

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

PARTENAIRES



COMMUNE DE
Saint-Germain du
Bel Air



Hôpital Gourdon



Mairie de Gourdon



« L'être humain est « éthique » parce qu'il cherche sa « demeure », c'est-à-dire le « lieu » qui donne sens à son existence »,

Jean-Bernard PATURET,

*postface à l'ouvrage Le management dans le champ social et médico-social.
Repères pour penser le sens de son action, éd. SeliArslan, Paris, 2017*

1) L'histoire et le projet porté par le CCAS de Saint Germain

a. L'histoire

Le Foyer-Logements « Le Souleilhou » a été construit en 1987 à l'initiative de la municipalité de Saint Germain du Bel Air. Sa réalisation sur un terrain cédé par la commune a été confiée à l'opérateur départemental H.L.M. « LOT-HABITAT ».

Il s'agissait à l'époque d'offrir aux plus anciens des Saint-Germinois un hébergement confortable et sécurisant. Un bâtiment de 30 studios avec des espaces collectifs et une cuisine centrale a été ainsi installé à flanc de colline, orienté vers le centre du village.

Afin de garantir aux personnes en perte de d'autonomie une continuité de soins dispensés par les infirmières libérales, le CCAS a décidé en 1999 d'agrandir la capacité d'accueil par une extension de 9 chambres au rez de chaussée du Foyer-logements. Ont aussi été rajoutées 4 chambres mansardées au 2^{ème} étage. Au niveau inférieur de cette extension a été installé le Centre Culturel de Bouriane avec une médiathèque et des bureaux pour les permanences sociales. La gestion en a été confiée à la Communauté de Communes Quercy-Bouriane.

Face au vieillissement inéluctable de la population accueillie et devant le constat de la perte d'autonomie généralisée des résidents, les autorités ont exigé de réformer la structure, en réalisant un programme de travaux lourds pour créer un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.).

Le choix du CCAS, justifié par le vieillissement et l'augmentation de la dépendance de la population Saint Germinoise, s'est orienté vers la transformation en Ehpad, et l'accord du bailleur social LOT-HABITAT a été sollicité pour mener cette opération.

Le calendrier de l'opération a prévu une période de travaux de 2013 à 2016. Les délais ont été respectés : le programme a été validé par la commission de sécurité le 23 mars 2016.

Cette structure, habilitée à l'aide sociale, dont les statuts relèvent de la Fonction Publique Territoriale, est un service public dont la gestion est assurée par le Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de Saint Germain du Bel Air. Dans le cadre des dispositions réglementaires applicables aux établissements de santé et médico-sociaux, le CCAS a signé en décembre 2007 une première convention tripartite avec la DDASS et le Conseil Général du Lot, qui ont octroyé l'agrément à l'EHPAD le Souleilhou pour une durée de 5 ans (2008-2012), renouvelée jusqu'en 2018. L'agrément a été renouvelé à compter du 4 janvier 2017 pour une durée de 15 ans soit jusqu'en janvier 2032.

En 2016 un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) est labellisé par l'ARS et en 2017 4 chambres d'hébergement temporaires sont installées.

Le présent projet d'établissement s'inscrit dans le cadre de son renouvellement pour une durée de 5 ans (2018-2022) et dans la perspective de la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conformément à la nouvelle tarification issue de la loi

2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) dont la signature est programmée en 2020. Il résulte également de l'évaluation interne effectuée en 2017-2018.

b. Les valeurs du service public

En tant qu'établissement public territorial les valeurs du CCAS, organisme gestionnaire, sont celles du service public et de la république, notamment le respect des droits et libertés fondamentales de chaque personne :

- ▶ *Laïcité et neutralité*
- ▶ *Egalité et Equité de traitement*
- ▶ *Droit à l'information*
- ▶ *Solidarité*
- ▶ *Principe de continuité*
- ▶ *Adaptabilité*
- ▶ *Devoir de réserve et confidentialité*

Dans cette perspective, et conformément à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale tout est mis en œuvre pour garantir les droits et libertés des résidents parmi lesquels :

- ▶ *Leur sécurité, le respect de leur intégrité, de leur intimité, de leur vie privée, de leur dignité*
- ▶ *Le libre choix entre les prestations adaptées proposées*
- ▶ *Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et respectant le consentement éclairé*
- ▶ *La confidentialité des informations*
- ▶ *Le droit à l'accès aux informations concernant la prise en charge*
- ▶ *Une information sur les droits fondamentaux*
- ▶ *La participation directe du bénéficiaire à la mise en œuvre de son projet*
- ▶ *La possibilité de circuler librement*

2) Les principes d'intervention de l'établissement

Les valeurs de l'organisme gestionnaire se voient déclinées en principes d'intervention et sur un mode opérationnel :

a. La promotion de la bientraitance

Partager, tous, la même volonté d'agir en étant « *Bientraitant* » *comprendre et savoir définir le sens du mot « Bientraitance » et lutter ainsi contre la maltraitance ordinaire, passive et institutionnelle en développant une culture professionnelle de la bientraitance* est le principe prioritaire de l'établissement et de son équipe.

Les notions de maltraitance et de bientraitance ne sauraient être définies dans un rapport contradictoire. En effet, la notion de bientraitance n'est pas seulement l'absence de maltraitance ou de sa prévention, mais renvoie à une démarche d'amélioration continue de la qualité des pratiques ou une démarche de progrès en lien avec une personnalisation permanente des prestations offertes *tout en conservant une nécessaire vigilance sur les risques sous-jacents de la maltraitance*. Aussi la promotion de la bientraitance résulte d'un processus d'échanges et d'analyses continus entre tous les acteurs (institutionnels, professionnels, usagers, familles, etc.) : « *La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance* » (ANESM, RBPP « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* », juillet 2008).

Ainsi la bientraitance permet de déborder de la notion négative de maltraitance et d'explorer ainsi les zones où cette dernière peut être caractérisée comme « ordinaire », par ailleurs elle favorise la responsabilisation des acteurs en leur permettant d'interroger leurs actes et le sens de leurs actions. Elle permet également l'instauration d'une démarche et d'une réflexion collective éthique par la reconnaissance de la complexité des situations et en valorisant la question du sens qui peut s'érousser dans les pratiques quotidiennes et la mise en œuvre automatique de procédures.

Ce qui doit dominer la démarche c'est : la culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, de son intimité et de sa singularité ; une valorisation de l'expression des usagers sur les modalités de vie qu'ils privilégient ; une pratique professionnelle conciliant un cadre institutionnel stable et une manière d'être respectueuse de l'autre (posture professionnelle) ; une culture de la recherche et du questionnement permanent (réflexivité) sur les pratiques ; une inscription dans le temps (inscription dans le PE).

i. Mise en œuvre

Afin de rendre effective cette promotion l'établissement s'est engagé dans un management de la bientraitance décliné à tous les niveaux, et entendu comme une dynamique institutionnelle et un processus permanent. Cette dynamique et ce processus visent à interroger et évaluer de manière continue et les pratiques professionnelles d'une

part, et le fonctionnement institutionnel d'autre part afin d'en repérer les risques sous-jacents, et ainsi, à identifier les leviers d'action favorisant la bientraitance. La promotion de la bientraitance est donc le tropisme du présent projet d'établissement et vise à la qualité de vie des résidents comme à la qualité de vie au travail des professionnels. *In fine*, promouvoir la bientraitance c'est s'engager dans une réflexivité permanente et s'inscrire dans une démarche de progrès.

Concrètement cela passe par la mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) qui vise explicitement à interroger les pratiques professionnelles. Ce groupe est animé par la psychologue autour d'une charte déontologique qui favorise l'émergence de la parole comme à la sécurisation des pratiques. Par ailleurs, ce GAPP permet de soutenir les équipes autour des compétences et d'intégrer la question du sens.

Un second levier consiste à définir une prise en charge et un accompagnement adapté par une remise en question de l'action, de la nature des prestations offertes et leur mise en œuvre au quotidien. Pour ce faire il est nécessaire d'analyser les besoins et les attentes des résidents au moyen du projet d'accompagnement personnalisé (PAP), mais également, au niveau collectif, par la réflexivité entretenue au sein de la réunion pluriprofessionnelle hebdomadaire.

Le troisième levier consiste à sécuriser l'organisation et les moyens matériels par une gestion performante des locaux et équipements mais aussi par la mise en œuvre de protocoles qui sécurisent l'organisation notamment : la gestion des urgences et des risques, la gestion des événements indésirables, les actions d'animation, les emplois du temps et la gestion des plannings des agents, les remplacements, les outils et méthodes de travail en équipe, les transmissions, la communication, les dossiers des résidents et les documents institutionnels (normes internes), les temps de réunion, le cadre hiérarchique, etc.

Le quatrième levier est de rendre effective la participation et l'expression des résidents et de leur famille/entourage au moyen du Conseil de la Vie Sociale qui se réunit trois fois par an et du groupe de parole qui se réunit une fois par mois et dont un des rôles est de permettre l'expression à un plus grand nombre et de préparer en amont les questions à aborder au CVS. Mais encore par la mise en place de commissions restauration/hébergement, animation & vie sociale. Là encore, le projet d'accompagnement personnalisé joue un rôle fondamental, tant par la participation du résident et de sa famille, que par l'analyse des besoins et des réponses apportées qu'il permet de réaliser.

Les ressources mobilisées pour soutenir ces leviers sont principalement les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM (RBPP), la documentation MOBQUAL, et le logiciel IJTrace.

Toutefois, pour concrétiser cet axe prioritaire il convient également de se doter et de s'appuyer sur une base théorique forte, qui donne du sens, et valorise les professionnels

comme les usagers, et dans le même temps favorise la qualité de la relation entre professionnels et usagers : c'est « le prendre soin » qui constitue ce socle théorique (théories du care).

Enfin, il convient d'affirmer que la promotion de la bientraitance intègre dans son champ le signalement et la gestion des faits de maltraitance susceptibles d'intervenir conformément à la législation et au moyen de protocoles. A terme l'établissement se dotera d'une charte de bientraitance ainsi que d'une commission bientraitance.

b. Le prendre soin

Le prendre soin c'est passer d'une culture du sanitaire à une culture du médico-social. C'est considérer que le soin ne saurait se limiter à un acte technique mais recouvre plus largement une posture professionnelle, une attitude, et s'enracine dans la notion d'accompagnement global du résident. Le « prendre soin » peut se décliner autour de quelques concepts clés : bienveillance, empathie, sollicitude, reconnaissance.

L'ensemble de ces concepts s'enracine dans les *théories du care* selon lesquelles ce qui fonde l'humanité ce n'est pas tant l'autonomie que la vulnérabilité, laquelle vulnérabilité permet le tissage de liens sociaux forts, la question de l'autonomie, secondaire ici, renvoie alors plutôt aux capacités de l'autonomie dont la méthode Montessori adapté peut être le mode opératoire.

i. Mise en œuvre

Comme précédemment cela passe par la réflexivité (via le GAPP et la réunion pluriprofessionnelle) mais aussi par la formation continue du CNFPT :

- *La communication bienveillante*
- *Le prendre soin*
- *La communication et la relation d'aide auprès des personnes en perte d'autonomie*
- *Etc.*

Et par une veille permanente de l'encadrement autour de cette question cruciale de la posture professionnelle. Cette base théorique pour rendre effective la promotion de la bientraitance exige enfin une méthode commune à l'ensemble des agents autour de laquelle se cristallise une culture professionnelle partagée, une identité professionnelle, carte de visite en quelque sorte de l'établissement : la méthode Montessori adaptée.

c. La méthode Montessori adaptée

La méthode de la pédagogue italienne Maria Montessori fonde sa démarche sur un paradigme qui considère non pas d'abord les déficits mais les capacités restantes et mobilisables (matériel sensoriel). Aussi, plutôt que de se proposer de « réparer » les déficits elle se propose de mobiliser et valoriser l'existant afin de réhabiliter ce qui fait défaut dans les capacités de la personne pour favoriser l'autonomie, la confiance en soi, l'estime de soi, dans le respect du rythme individuel. Le « matériel sensoriel » est la

réhabilitation des 5 sens à partir desquels et grâce auxquels il est possible de façon tangible d'acquérir et/ou de réhabiliter des compétences. Ce qu'il faut comprendre c'est que cette méthode ne se propose pas de poser ce qui est « juste » ou « faux » mais se proposer de mieux faire, de s'exercer à mieux faire, de s'améliorer en somme *dans et pour* une activité donnée sans l'enjeu de la performance. En plaçant la personne au centre de la démarche pédagogique, éducative et thérapeutique, cette méthode coïncide par ailleurs avec la loi 2002-2 qui place au centre du système le bénéficiaire. En d'autres termes ce qui est essentiel dans cette méthode au niveau concret c'est que c'est la personne elle-même qui choisit et l'activité, et le rythme, et la durée : c'est la liberté de choisir par soi-même. Ce qui dans un second temps est fondamental c'est l'environnement au sein duquel se développe cet accompagnement : un environnement propice avec un accompagnement adapté stimulant. Agir d'abord sur l'environnement plutôt que sur la personne contribue selon cette méthode à améliorer les conditions d'apprentissage et *in fine* de vie de la personne en situation de vulnérabilité. De ce point de vue, la méthode Montessori est avant tout un espace soignant, d'autant que l'intervenant, par sa posture, relève également de cet environnement (façon de parler, façon d'être, façon de faire). En conséquence ce qui est indispensable c'est de proposer plusieurs activités afin que l'utilisateur puisse réellement choisir selon ses désirs du moment celle qui sera à même de le stimuler. L'intervenant étant là en première instance d'abord pour présenter les/l'activité(s) afin que par la suite la personne puisse s'en emparer et pour la durée de son choix, tout en ayant la possibilité de s'exprimer oralement, de se mouvoir, etc.

i. Mise en œuvre

Acquérir une telle méthode pour en faire son identité professionnelle passe nécessairement par une formation collective auprès de l'ensemble des agents : soignants, techniciens, agents de services hôteliers, administration, etc.

En 2017 14 agents sont formés par le CEPFOR.

En 2018 14 agents supplémentaires.

En 2019 les agents restants et nouvellement recrutés.

En termes d'outils l'établissement dispose de deux dispositifs (PASA et animation) et se fixe d'en acquérir un troisième (espace multisensoriel) :

- Le PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) doté d'un parcours de santé et à terme d'un jardin thérapeutique ;
- L'animation (structurée et organisée autour d'un programme par la psychomotricienne de l'établissement) ;
- **Le projet d'aménagement d'un espace snoezelen (2018).**

Mais au de-là de ces outils, cette méthode est la clé de voûte de l'ensemble du dispositif et sera à interroger, évaluer, adapter de manière continue dans le cadre de la démarche qualité.

3) Les missions

Les missions sont définies par différents textes juridiques. Ces textes attribuent à l'établissement un positionnement dans l'ensemble du champ social ou médico-social. Les missions sont donc encadrées par les autorités publiques qui autorisent les structures et en contrôlent la réalisation.

a. Le CASF

L'EHPAD le Souleilhou est un établissement médico-social au sens de l'article L.312.1 du **Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)**. **A ce titre il est soumis à autorisation et à contrôle.** Il relève de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Du décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles art.1. De même il relève des lois 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Enfin, ces lois ont été récemment complétées par la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV).

b. L'arrêté d'autorisation

C'est par l'arrêté du 2 août 2007 pris conjointement par le Conseil Général du Lot (n° 1195) et la D.D.A.S.S. du Lot (n° S.03.07.366) portant approbation de la médicalisation et la transformation en EHPAD du Logements Foyer de Saint Germain du Bel Air pour une capacité totale de 43 lits qui a autorisé l'établissement à ouvrir à compter du 1° janvier 2008. Cet arrêté s'est vu renouvelé pour une durée de 15 ans (réf 2017/48/MLR/LS). Dans le même temps, en 2017, 4 places d'hébergement temporaire ont été autorisées.

c. Les politiques publiques

Ce projet d'établissement s'inscrit dans le cadre de référence des politiques publiques : plan solidarité grand âge (PSGA) ; Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 ; Plan Stratégique Régional de Santé Midi-Pyrénées (PSRS) ; Schéma départemental en faveur des personnes âgées du Lot.

d. La convention tripartite... le CPOM

Du 21-12-2007 à compter du 1°-01-2008 pour une durée de 5 ans.

1° janvier 2014 - 31 décembre 2018 Convention pluriannuelle tripartite relative aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (renouvellement). Entre l'EHPAD le Souleilhou, le Département du Lot et l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées conformément à l'article L. 313-12 du CASF, pour une capacité autorisée de 43 résidents en hébergement permanent avec un encadrement de 29.5 ETP.

2020 : Programmation de la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

e. Les recommandations professionnelles de l'ANESM

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) sont diffusées à l'ensemble du personnel ainsi que les outils MOBIQUAL. Elles sont mobilisées par les référents dans le cadre des travaux menés par les groupes de travail dans le cadre de la démarche qualité et du projet d'établissement. Elles sont, par l'encadrement, une référence constante notamment durant les réunions pluriprofessionnelles. Elles ont servi de base pour la conduite de l'évaluation interne et la réactualisation du présent projet d'établissement.

4) Le public et les relations avec l'entourage et valorisation des droits individuels et collectifs

Le Souleilhou accueille depuis son ouverture des résidents du territoire : commune, canton, bassin de vie de la Bouriane, département, et à la marge des résidents hors département. Si lors de sa création, à la fin des années 80, la résidence, pas encore médicalisée, accueillait des personnes âgées autonomes, au cours du temps l'augmentation de la dépendance a conduit le CCAS à demander la transformation de la résidence en établissement médicalisé (EHPAD). Au cours des 5 dernières années cette augmentation de la dépendance somatique s'est vue conjointement accompagnée d'une augmentation de la dépendance en raison de maladies de type Alzheimer. Enfin, s'agissant du taux d'occupation de l'établissement, si, en raison des travaux de réhabilitation il a été légèrement en baisse, on constate depuis 2015 une augmentation significative de celui-ci avec un taux cumulé en 2016 de 97.81%. Cette augmentation, au regard des demandes devrait perdurer pour atteindre les 99% prévus en 2017.

a. Le public accueilli et les dynamiques de parcours (fiche action n°3)

L'établissement accueille un public dont l'âge moyen est en légère mais constante augmentation. Ainsi, en 2008 il était de 86.18 ans et est aujourd'hui de 87.7 ans. Ce constat est applicable au GIR (dépendance) moyen qui était en 2008 de 3.14 alors qu'il est aujourd'hui de 2.7 ce qui correspond à un GMP (GIR moyen pondéré) de 686.3 (avec un pic à 712.96 en 2015). En 2017 le GMP s'établissait à 699.02.

L'établissement fait le choix pour les années qui viennent de maintenir les résidents, sauf urgence et nécessité médicale, ou avis explicite du résident et/ou de son représentant légal, dans l'établissement plutôt qu'à l'usage de l'hospitalisation dont les effets traumatisants et l'impact en matière d'aggravation de la dépendance sont avérés par les études épidémiologiques. Pour ce faire il dispose d'une convention avec l'Hospitalisation à Domicile (HAD) dont le recours est étendu à l'ensemble des soins au 1^{er} mars 2017, même en EHPAD et avec l'Equipe Mobile de Gériatrie de l'hôpital de Gourdon. Dans le même esprit l'établissement inscrit comme axe prioritaire à ce projet d'établissement le développement d'un projet « accompagnement de fin de vie » avec un personnel référent, porteur et développeur du projet et une convention de partenariat avec le réseau ICARE46 et ASP46. La télémédecine complète ce dispositif.

i. L'identification des attentes et des besoins

Les attentes et les besoins des résidents accueillis dans l'établissement, outre ceux habituellement pris en compte dans le cadre des missions d'un EHPAD, restent à affiner. C'est l'un des objectifs prioritaires de la démarche de progrès de la structure au moyen de l'outil de projet d'accompagnement personnalisé du résident (PAP) qui par son évaluation permet d'identifier à la fois ces besoins et attentes et d'adapter les réponses

et les pratiques professionnelles. Néanmoins, au terme de l'évaluation interne (2017-2018) un certain nombre d'axes prioritaires émerge :

- Optimiser et améliorer l'accompagnement à la vie sociale et personnaliser l'accompagnement (cf. fiche action n° 4)
- Développer les pratiques professionnelles afin de maintenir l'autonomie et prévenir le risque de dépendance (cf. fiche action n° 5)
- Accompagner la fin de vie (cf. fiche action n° 3)

Répondre aux besoins des résidents affectés par des troubles du comportement et/ou une maladie neurodégénérative en matière de sécurité, de qualité de vie, de préservation des droits, et d'accompagnement psycho-social (cf. fiche action n° 7)

ii. Les groupes homogènes d'usagers

L'évaluation interne, et l'analyse des besoins et des attentes a conduit l'équipe du Souleilhou, à déterminer des groupes homogènes d'usagers (GHU) dont l'objectif est d'identifier des besoins collectifs, des accompagnements spécifiques qui permettent, tout en conservant une fluidité du parcours en interne, de répondre au mieux, sans stigmatisation, mais en promouvant la bientraitance, aux besoins fondamentaux des résidents en optimisant, coordonnant et adaptant, l'organisation, le fonctionnement et les pratiques professionnelles à ces groupes. Ainsi, 3 groupes principaux ont été identifiés :

- Le groupe de résidents les plus autonomes, pour lesquels le maintien des liens sociaux, les activités socio-culturelles doivent contribuer à leur qualité de vie au maintien de leur épanouissement (au moyen du PAP et de l'animation) ;
- Le groupe de résidents dont l'autonomie est susceptible de se dégrader et pour lequel un travail de prévention et d'accompagnement étroit et spécifique doit être conduit (PAP, PASA, animation) ;
- Le groupe de résident les plus dépendants pouvant lui-même se subdiviser en deux sous-groupes :
 - Ceux dont la dépendance résulte principalement de pathologies somatiques, et qui exigent un suivi sanitaire étroit, voire des soins palliatifs (PAP, HAD, DA) ;
 - Ceux dont la dépendance résulte principalement, voire exclusivement, de pathologies neurodégénératives, et qui exigent un accompagnement sur mesure veillant notamment à leur sécurité, et à leur confort en petite unité (PAP, Equipe Mobile de Gériatrie).

b. Les relations avec l'entourage

L'EHPAD Le Souleilhou est un établissement à taille humaine ancré sur son territoire et privilégiant un lien de proximité. En conséquence sa décision, conforme aux recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM), est de favoriser l'implication des

familles et proches des résidents admis dans notre structure. Ainsi, avec l'accord explicite du résident lorsque cela est possible, les familles et proches sont associés aux décisions et à la réalisation du projet d'accompagnement personnalisé (PAP). Outre la personne de confiance (obligatoire) désignée par le résident ou son représentant légal, un référent famille est ainsi sollicité afin que l'accompagnement global du résident se fasse conjointement auprès et avec celui ou celle qui est le mieux à même d'assister l'établissement à la compréhension des habitudes de vie, aux préférences et aux choix du résident. Ce référent est ainsi intégré à la procédure d'élaboration du PAP et est informé tout au long de sa mise en œuvre des diverses étapes qui le ponctue. Il reçoit, ainsi que le résident, une copie de ce PAP. Enfin, il est l'interlocuteur privilégié de l'agent désigné référent du résident en interne, comme de l'administration. A noter que ce référent ne se substitue pas au résident notamment quant aux décisions qu'il serait amené à prendre, la psychologue se tient à la disposition des familles le cas échéant pour des entretiens et/ou temps d'écoute individuels et confidentiels. De même l'ensemble du personnel est à la disposition des familles mais dans un souci de continuité de service et de qualité de service il est déconseillé de les solliciter à tout moment aussi des horaires sont prévus (secrétariat/comptabilité de 9h30 à 12h et de 14h à 17h ; Médecin coordonnateur le jeudi de 14h à 17h ; IDEC le mardi et le jeudi de 14h à 17h ; le directeur tous les jours sauf le mercredi de 9h à 12h et de 14h à 17h)

c. La participation et l'expression des résidents (fiches action n° 4 & 9)

L'expression et la participation des résidents à la vie de l'établissement et à l'élaboration et mise en œuvre de son projet personnalisé est une obligation réglementaire pour l'établissement (et non pour le résident qui demeure libre de son choix à participer ou pas). Pour ce faire, la loi 2002-2 prévoit un certain nombre de dispositions.

i. Au niveau collectif

La volonté d'associer les résidents au fonctionnement de la vie de l'établissement est prévue par les articles L. 311.6 et D. 311.3 et suivants du CASF.

1. Le CVS

Le Conseil de la Vie Sociale est une instance obligatoire composée d'au moins deux représentants des résidents et des familles, d'un représentant des personnels et d'un représentant de l'organisme gestionnaire (CCAS). A l'EHPAD le Souleilhou les membres sont élu pour 2 ans ; il se réunit au moins trois fois par an (à l'automne, à l'hiver et au printemps) autour d'un ordre du jour et délibère à la majorité de ses membres. Un compte rendu est rédigé par le/la secrétaire de séance et affiché dans l'établissement.

Ses compétences sont relatives à tout ce qui touche à l'organisation et au fonctionnement de la vie institutionnelle (activités, travaux, projets, facturation des services, affectation et entretien des locaux, relogement en cas de travaux ou de fermeture, modification substantielle de la prise en charge, etc.).

2. Groupe de parole

Le groupe de parole vise à élargir la participation et l'expression des résidents (quantitatif), mais également à optimiser cette participation (qualitatif). Il se réunit une fois par mois, est animé par une IDE autour de thèmes arrêtés par le groupe d'un mois sur l'autre. Il présente et prépare les questions qui seront traitées au CVS, et toute autre question saisie par le groupe.

3. Commissions

Il existe deux commissions :

- La commission restauration & hébergement qui se réunit tous les deux mois ;
- La commission animation & accompagnement à la vie sociale qui se réunit une fois par trimestre.

ii. Au niveau individuel

1. Le contrat de séjour et le livret d'accueil

A compter de 2017, conformément à l'article L. 311-4 du CASF, l'établissement s'est doté d'un livret d'accueil remis à chaque nouveau résident et/ou son représentant légal. Ce document précise la localisation de l'établissement et son accessibilité, l'organisation générale et le fonctionnement de la structure, les conditions tarifaires et de facturation, les consignes d'hygiène et de sécurité et les prestations offertes. Il présente l'établissement, ses locaux, ses missions, son personnel ainsi que ses valeurs et principes. Enfin, il précise les conditions d'admission, de séjour et de suivi du résident. Il est délivré avec les chartes des droits et des libertés de la personne accueillie, de la personne âgée, et des droits des mourants, et accompagné du règlement de fonctionnement de l'établissement, de la liste des personnes qualifiées (recours). Enfin, il informe sur la personne de confiance et les directives anticipées ainsi que sur les conditions d'accès au dossier personnel du résident.

Relevant du même article du CASF, le Contrat de Séjour est conclu entre le résident et/ou son représentant légal et le représentant de l'établissement - le directeur. Lorsque vous refusez de signer ce CS ou si votre séjour est inférieur à deux mois (hébergement temporaire) il est établi un document individuel de prise en charge (DIPC). Dans tous les cas (CS ou DIPC) il y est fait mention précisément de la nature des prestations offertes, de leurs conditions et de leur coût prévisionnel. Il vous sera remis lors de votre admission ou au plus tard dans les 15 jours qui suivent cette admission, et devra être signé au plus tard un mois après votre admission dans l'établissement.

Le contrat de séjour (ou le document individuel) suppose des engagements réciproques. Il doit notamment préciser :

- les objectifs de la prise en charge qui auront été définis avec vous (ou avec votre représentant légal),

- la description des conditions de séjour et d'accueil,
- la participation financière et les modalités de facturation, y compris pendant vos périodes d'absence, ou d'hospitalisation,
- la liste des prestations (logement, restauration, blanchissage, surveillance médicale, animations, ...) et leur coût prévisionnel,
- les conditions et modalités de résiliation ou de révision du contrat de séjour.

Le contrat de séjour (ou le document individuel de prise en charge) doit comporter une annexe à caractère indicatif relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturation de chaque prestation. Cette annexe est mise à jour à chaque changement de tarification et est au moins revue une fois par an. De même, en cas de mesures limitant la libre circulation d'aller et venir (contention ou autre) une annexe doit être prévue au dit contrat (article L. 311-4-1 du CASF). Une dernière annexe sollicite le consentement du résident pour bénéficier, le cas échéant, des consultations de télé-médecine auprès de médecins spécialistes.

2. La personne qualifiée

Les articles L. 311-5, R 331-1 et R. 311-2 du CASF prévoit que : « Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

La personne qualifiée est donc extérieure à l'établissement et est choisie sur une liste départementale établie conjointement par le préfet, le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé. La liste est annexée au dossier d'admission et est affichée à l'accueil de l'établissement.

3. La personne de confiance et les directives anticipées

La personne de confiance est prévue par l'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique (CSP). Elle est désignée lors de votre admission parmi la personne de votre choix. Elle peut être :

- Un parent
- Un proche
- Votre médecin traitant.

Son rôle est d'être la personne consultée en cas d'impossibilité pour vous d'exprimer votre volonté et/ou de recevoir une information nécessaire à cette fin. Elle est là pour vous assister, vous aider mais en aucune façon ne peut se substituer à vous dans la prise d'une décision. Elle peut vous assister et/ou accompagner dans vos démarches, aux entretiens

médicaux, à la construction de votre projet d'accompagnement personnalisé (PAP). Si vous deviez à un moment ou un autre, ne plus être en mesure de formuler vos souhaits dans le cadre de votre suivi médical, les professionnels de santé s'adresseraient en priorité à la personne de confiance désignée par vous pour prendre son avis qui guiderait alors leurs choix, sauf dans le cas où vous auriez rédigé des directives anticipées (article L.1111-12 du CSP). L'avis de la personne de confiance est consultatif donc il ne s'impose pas au professionnel de santé.

Les **directives anticipées** constituent également un droit fondamental pour vous. Toute personne peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté. Dans le cas où, en fin de vie, vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours. Le médecin n'est pas tenu de s'y conformer si d'autres éléments venaient modifier son appréciation. Elles ne sont pas définitives et demeurent révocables à tous moments.

Un document type (désignation de la personne de confiance + directives anticipées) est soumis à chaque résident et/ou son représentant légal, lors de son admission. La psychologue et l'infirmière coordinatrice (IDEC) se tiennent à votre disposition pour en discuter, et pour vous apporter des informations plus précises. Pour l'aspect médical des directives anticipées vous pouvez solliciter votre médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur de l'établissement.

4. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (fiche action n°9)

Le CASF en son article L. 311-3, 7° prévoit : « *La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.* ».

Notre établissement, suite à l'évaluation externe (janvier 2015) et à l'évaluation interne (2017-2018) a mis en place une procédure, un processus et des outils pour rendre effective cette participation. Concrètement la démarche consiste sur la base de la volonté du résident à établir avec lui, à partir du recueil de ses habitudes de vie, de ses goûts, de ses souhaits et désirs, un projet qui réponde à ses attentes. Ce projet établi pour une année est alors évalué et réajusté. Il fait l'objet d'un accompagnement étroit par la désignation d'un(e) référent(e), interlocuteur privilégié à la fois du résident et de son référent familial le cas échéant. Il est analysé en équipe pluriprofessionnelle afin de coller au plus près de la demande et répondre ainsi à la personnalisation des besoins. Il est validé et signé puis remis au résident et/ou à sa personne de confiance et à son référent familial en copie. Il est classé dans le dossier unique du résident en veillant à maintenir la confidentialité des informations et dans le respect du secret professionnel pour les

informations à caractère médical. L'ensemble de la démarche est coordonné par la psychologue de l'établissement.

5. Les enquêtes de satisfaction

Une fois par an, l'établissement procède à une enquête de satisfaction auprès des résidents et de leur famille. Cette enquête permet dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge, d'ajuster, de corriger, de proposer de nouvelles mesures, actions ou prestations qui correspondent aux besoins et aux attentes des résidents en fonction de leurs caractéristiques.

d. Articulation vie privée/vie collective : le règlement de fonctionnement (RF)

C'est le règlement de fonctionnement qui constitue la norme interne de l'établissement conformément à l'article L. 311-7 du CASF s'agissant de l'articulation entre vie privée (droits individuels) et vie collective (devoirs au sein de la vie dans l'établissement). Ce règlement de fonctionnement vous est remis et expliqué, par le directeur ou par l'IDEC, lors de votre admission. Il doit recueillir votre consentement éclairé.

Néanmoins l'arrivée dans un établissement constitue un moment de transition dans la trajectoire de vie que nous tenons à considérer car selon le niveau de dépendance de chaque résident l'attente ne sera pas la même selon que cette vie en collectivité est prioritaire ou pas.

C'est pourquoi la procédure d'admission et d'accueil du nouveau résident cherche au Souleilhou à répondre dès en amont à une personnalisation et à une exigence de bienveillance puis dès l'accueil : désignation d'un agent référent, accompagnement pour l'aménagement, la personnalisation et la « privatisation » de la chambre, les jours qui suivent présentation des représentants du CVS, des activités, une vigilance/observation accrue durant les premiers jours voire les premières semaines, l'initiation dès les premiers contacts du PAP par le recueil de données et habitudes de vie, une analyse fine par l'IDEC, le médecin coordonnateur et la psychologue de la situation de dépendance, respect de l'intimité et de la confidentialité, maintien des liens sociaux et familiaux, adaptation de la vie collective aux rythmes du résident notamment pour le lever, la toilette et les repas, libre choix et liberté de participer ou pas aux activités collectives, au groupe de parole, etc.

e. Anticiper les évolutions

C'est par la mise en œuvre effective des droits des résidents, grâce au PAP, que l'établissement analyse l'évolution des besoins, des attentes et des caractéristiques des résidents. L'évaluation permanente de cet outil permet effectivement par sa remise en question permanente et son objectivation de percevoir l'adéquation entre les prestations offertes, les pratiques professionnelles mises en œuvre et les dispositifs mobilisés avec les demandes et attentes des résidents. Dans le même temps les données statistiques et

les études notamment du Conseil Départemental (Schéma Départemental en faveur des personnes âgées) comme celles de l'Agence Régionale de Santé (PSRS) qui fondent notre réflexion en matière d'anticipation des évolutions tant des caractéristiques des publics accueillis qu'en matière d'attentes et de besoins. Toutefois un des axes d'anticipation est le cadre législatif. En effet, si l'on considère par exemple la loi ASV il est clair que se dessine pour les années à venir une montée en puissance pour les EHPAD de la charge en soins et en dépendance du fait d'une politique publique qui favorise le maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées. Ce qui par ailleurs est également l'une des missions et évolutions des EHPAD qui ont vocation à offrir des prestations alternatives à l'institution par des offres d'hébergement alternatifs de type court et moyen séjour afin d'offrir une solution de transition entre hospitalisation (lorsqu'elle survient) et retour à domicile, et/ou solution de répit pour les « aidants naturels » lorsque cela s'avère nécessaire. C'est le rôle de l'équipe de direction de se tenir informé par une veille réglementaire et épidémiologique d'une part et de tenir les équipes informées et à jour au niveau des compétences par une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) performante. C'est enfin la mission du CCAS et du Conseil d'Administration, selon les besoins du territoire, d'être en capacité d'offrir aux habitants des dispositifs qui répondent aux attentes et besoins des populations grâce à l'expertise de l'équipe de direction par son travail de coordination et de partenariat territorial.

5) La nature de l'offre de service et son organisation

L'offre de service est à l'interaction des besoins et attentes du public, des missions de la structure, des ressources du territoire et des ressources internes que celle-ci possède ou envisage de posséder (ANESM).

a. Les caractéristiques principales de l'accompagnement

L'accompagnement de l'EHPAD le Souleilhou se décline autour des trois groupes homogènes de résidents tels qu'ils ont été définis précédemment, des plus autonomes au plus dépendants.

i. Les prestations

L'hébergement consiste en diverses prestations :

- **La restauration** : les petits déjeuners sont servis en chambre à partir de 7h45 et jusqu'à 9h pour tous. Le repas de midi est servi (groupe homogène de résidents dont le degré de dépendance est élevé) à compter de 11h30 ; pour les résidents les plus autonomes ou dont le degré de dépendance est peu élevé le repas est servi salle du restaurant à partir de 11h45 ; au Pôle de Soins et d'Activités Adapté (PASA) le repas débute dès 11h45 également. Un goûter est servi à partir de 15h30. Le repas du soir est servi dès 18h30.
- **La blanchisserie** : le linge plat, inclus dans le prix de journée, est externalisé auprès de l'ESAT Pech de Gourbières. Le linge des résidents, est également géré par la blanchisserie du Pech de Gourbières et par un personnel dédié. Il est ramassé tous les deux jours et rangé avec l'aide d'un personnel au fur et à mesure. Il fait l'objet d'un suivi étroit afin de prévoir les éventuelles retouches et son renouvellement. A noter que le linge peut être pris en charge par les familles selon une procédure précise, auquel cas la prestation sera déduite de la facture d'hébergement.
- **Les espaces collectifs** : il s'agit principalement de l'espace bibliothèque/salle de jeu où se trouve par ailleurs un poste informatique avec une connexion internet d'une part ; et de la salle télévision d'autre part. La salle de restaurant, la salle commune du « cantou » et le PASA avec un espace snoezelen qui complète ces locaux. Un jardin sécurisé doté d'un parcours santé est accessible à tous et des activités y sont organisées autour d'un jardin thérapeutique.
- **Les espaces privés (chambres)** : elles peuvent être personnalisées. D'environ 30 m² vous pouvez les meubler selon vos habitudes et vos souhaits. Elles sont équipées d'un lit médicalisé, d'un appel malade, d'une ligne téléphonique, et peuvent accueillir un téléviseur. Le ménage est fait tous les jours et un grand ménage est effectué régulièrement selon un planning arrêté par le service hébergement. Les siestes se déroulent en chambre sauf pour ceux qui orientés au PASA préfèrent la faire au sein de cet espace (musicothérapie). Les transferts en chambre le soir se font à partir de 19h après le repas et au fil de l'eau.

Les soins : une infirmerie est équipée et organise la gestion des médicaments en lien avec la pharmacie du village (qui prépare les piluliers) en étant soucieux du circuit du médicament. Elle est équipée d'un logiciel soin (CEDIACTE) pour le suivi administratif et médical, l'enregistrement du dossier médical unique du résident et l'actualisation des traitements et des plans de soins. Les divers protocoles médicaux y sont enregistrés. Les médicaments sont distribués plusieurs fois quotidiennement selon un plan de soins individualisé et adapté à chacun selon ses besoins. L'infirmière coordinatrice coordonne les plans de soins, supervise le circuit du médicament ainsi que le document d'analyse du risque infectieux (DARI). Le médecin coordonnateur, en lien avec le(s) médecin(s) traitant(s), le pharmacien et les intervenants libéraux supervise les soins dispensés en veillant à leur qualité et à leur mise à jour et peut selon les besoins utiliser le service de télémédecine (cf. fiche action n° 12 et 17).

La dépendance : la prévention de la dégradation de la dépendance et le maintien de l'autonomie est l'un des axes prioritaires de l'établissement. L'infirmière coordinatrice, la psychomotricienne et la psychologue, ainsi que la responsable du service hôtelier et la responsable de la restauration veillent conjointement à ce que les actes de la vie quotidienne soient respectueux des aptitudes de chacun et surtout maintenus. Des évaluations régulières sont effectuées et discutées en équipe pluriprofessionnelle tout en tenant compte de l'avis, des remarques (plaintes) et besoins de résidents au niveau individuel (cf. fiche action n° 5 et 18).

La vie sociale : selon le groupe homogène de chaque résident, et selon les objectifs validés par le projet d'accompagnement personnalisé (PAP), diverses actions et activités sont mises en œuvre par les divers intervenants. Les principaux dispositifs au sein desquels il est possible aux résidents de s'exprimer et de participer à la vie collective sont : l'animation et l'accompagnement à la vie sociale, le groupe de parole, le CVS, le PASA, le jardin thérapeutique, le parcours de santé, l'espace snoezelen. Chaque résident bénéficie par ailleurs d'un référent pour un accompagnement de proximité et afin de développer un lien de confiance et de prédilection avec un agent de l'établissement. La psychologue offre également des temps d'entretien et d'écoute individuels.

ii. Les activités

Les activités proposées à l'EHPAD le Souleilhou, quel que soit le groupe homogène de résident et quel que soit l'objectif, sont implicitement et volontairement des activités qui visent à maintenir les rôles sociaux, les liens sociaux, les interactions sociales, à satisfaire les loisirs, la culture etc. Ces activités visent au moyen de la méthode Montessori adaptée, et dans une démarche de bienveillance, à maintenir l'autonomie et/ou prévenir la dégradation de la dépendance. En conséquence elles cherchent toutes, de façon plus ou moins ciblées et intentionnées, à travailler sur les fonctionnalités motrice, sensorielles, cognitives et sociales des résidents tout en veillant à demeurer conviviales, distrayantes et non contraignantes ou envahissantes. Le libre choix, le respect du rythme de chacun y sont respectés.

Les activités individuelles : sont celles que chaque résident peut réaliser à titre personnel dans le cadre de sa liberté de circulation en dehors ou à l'intérieur de l'établissement. Dans le cadre du projet d'animation, dans le cadre du PAP, chaque résident a la possibilité de faire des demandes explicites qui pourront, si les moyens de l'établissement le permettent, être satisfaites, notamment en termes d'accompagnement. Ainsi, les résidents qui désirent effectuer des activités spécifiques seuls, dans leur chambre, ou ailleurs, devront les préciser durant l'élaboration de leur projet (ex. : travaux de couture, lecture, etc.). Parmi les activités individuelles certaines pourront être satisfaites mais dans le cadre d'un accompagnement collectif (en petits groupes), en bénéficiant ainsi de l'accompagnement d'un professionnel (gym douce, relaxation thérapeutique, soins du corps, etc.). Le postulat de l'établissement inhérent aux recommandations de l'ANESM est : *l'animation est l'affaire de tous* et en la matière rien n'est impossible à qui le demande. Toute demande sera analysée et estimée au regard des compétences internes et des possibilités.

Les activités collectives : les activités collectives sont de deux ordres : comme dit précédemment, elles peuvent résulter d'un besoin individuel mais ne pourront être satisfaites que dans un cadre collectif restreint (pour des raisons de logistique et/ou de personnel) ; celles enfin à proprement collectives et visant outre le besoin/désir personnel à interagir, à partager, à faire lien avec autrui. Il s'agit d'activités relevant du projet d'animation et d'accompagnement à la vie sociale. Elles peuvent être de loisir, d'échanges, d'activités sportives adaptées, culturelles, d'actes de la vie quotidienne (cuisine, couture, jardinage, etc.).

Les activités partagées : ces activités ont une visée plus sociale que les précédentes et sont de l'ordre d'activités entre plusieurs EHPAD, intergénérationnelles avec l'école du village, ou à l'occasion de moments festifs particuliers (anniversaires, repas de Noël, repas thématique etc.).

Les activités PASA : ces activités se distinguent des précédentes en ce sens qu'elles ne se déroulent qu'au sein du PASA et pour les seuls bénéficiaires du PASA mais avec des finalités similaires (loisir, culture, socialisation) tout en revêtant un caractère à vocation thérapeutique en se fondant sur la méthode Montessori adaptée au sens strict.

iii. La contribution des professionnels (fiche action n° 21)

L'ensemble du personnel est formé ou sera formé dans le cadre du présent projet d'établissement à la méthode Montessori adaptée et au « prendre soin », en plus de leurs compétences déjà assises et confirmées.

Leur contribution aux activités se fonde principalement autour de la prévention de la dégradation de la dépendance et au maintien de l'autonomie. Pour ce faire il est appliqué un principe de base : **l'entraide**. Au de-là des fonctions propres à chaque corps de métier et au de-là de chaque fiche de poste, ce principe est décliné au quotidien. Ainsi les auxiliaires de soins sont assistés par les agents de service hôtelier qui en retour se voient

aidés par les auxiliaires de soins dans certaines tâches. En d'autres termes le fonctionnement en binôme (AS/ASH) est appliqué aussi souvent que possible pour les soins, pour la toilette, pour l'aide aux repas, à l'habillage, aux transferts, etc. Dans le même esprit de transversalité et de polyvalence, l'animation et l'accompagnement à la vie sociale est l'affaire de tous. Ainsi, une infirmière anime le groupe de parole des usagers, la psychomotricienne (en charge des activités) est également assistée par les personnels volontaires qui consacrent un temps par semaine aux activités d'animation (relaxation thérapeutique, soins et esthétique, jardin thérapeutique, cuisine, etc.), enfin, des bénévoles et des intervenants extérieurs (animateur sportif, jeux de société, arts plastiques) complètent ce dispositif piloté par une psychomotricienne coordinatrice de l'animation. En matière de soins, la deuxième infirmière consacre une demi-journée par semaine au développement, au suivi et à la formation interne des soignants au projet d'accompagnement de fin de vie et soins palliatifs. L'IDEC (l'infirmière coordinatrice) veille à rendre opérationnel et vivant au quotidien la démarche de progrès par la valorisation et l'implication de tous aux divers groupes de travail et de réflexion, elle apporte également sa contribution à la formation interne des agents et des stagiaires...

S'agissant du présent Projet d'Etablissement, comme pour l'évaluation interne, la quasi-totalité des agents sont membres d'un groupe de travail, référent d'une mission, ou référent d'un résident. Les personnels d'encadrements et les IDE sont tous membres d'un comité de pilotage et de suivi ou référent d'un groupe de travail.

Ainsi, l'ambition de la direction et de l'ensemble du personnel est de transformer notre structure en organisation apprenante, où, si rien n'est définitivement arrêté, tout est toujours questionné et interrogé dans l'intérêt du résident.

iv. **L'entretien, l'hygiène et la sécurité** (fiches action n° 12, 15 & 19)

Les contrôles obligatoires : l'EHPAD est un établissement recevant du public de catégorie 4 ce qui implique un certain nombre d'obligation en matière de contrôles obligatoires des équipements. Ainsi ce sont les installations électriques, de gaz, de chauffage, la climatisation, de désenfumage et de ventilation, les extincteurs, le système d'alarme d'incendie et portes à fermeture automatique, le groupe électrogène, les ascenseurs, les équipements cuisine et blanchisserie qui sont contrôlés selon une périodicité réglementée. Un registre sécurité et un carnet sanitaire sont tenus à jour.

La maintenance des locaux et équipements : l'établissement dispose de contrats de maintenance pour l'ensemble des équipements, dispositifs et matériels techniques, un budget est alloué à cette fin par les autorités de tarification (Conseil Départemental).

L'hygiène et la prévention du risque infectieux : l'EHPAD le Souleilhou a mis en place le Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) et le plan d'action associé (2017). Il est piloté par l'IDEC et par un référent hygiène. Par ailleurs, des procédures et protocoles sont en place pour l'entretien et le ménage des locaux collectifs et privés (chambres). La cuisine applique la méthode HACCP. Les cuisiniers tiennent un plan de maîtrise sanitaire.

La sécurité est assurée par l'ensemble des contrôles obligatoire, par la maintenance et au moyen de la politique d'hygiène de l'établissement. Par ailleurs l'ensemble du personnel est formé annuellement au risque incendie et évacuation en cas d'incendie, au maniement des extincteurs et par une simulation annuelle. Un PSE (plan de sécurité de l'établissement) est mis en œuvre avec son plan d'action pluriannuel (amélioration).

La gestion et la diffusion de l'information relèvent également de la sécurité dans le cadre du respect, de la confidentialité et du secret professionnel. A ce titre chaque résident dispose d'un dossier unique papier et informatisé avec des accès réservés selon le niveau de responsabilité des agents et selon les métiers (CEDIACTE). Les dossiers papiers sont individualisés et rangés dans une armoire verrouillée. La diffusion et le parcours de l'information est tracé et formalisé selon la nature des informations et des destinataires. Chaque résident et/ou le responsable légal, sur simple demande écrite, peut avoir accès à l'intégralité de son dossier. La famille, avec l'accord du résident peut également accéder à certaines informations.

b. L'organisation interne de l'offre de service

i. L'admission et l'accueil

1. En hébergement permanent

Conditions d'admission : être âgé d'au moins 60 ans (ou en dessous de 60 ans si dérogation) ; avoir le cas échéant effectué les démarches auprès de l'aide sociale du département ainsi qu'auprès de la CAF ; disposer d'un certificat médical d'admission argumenté du médecin traitant ou hospitalier (ainsi que le ou les traitements médicaux complets et précis) ; vérifier et/ou recueillir le consentement éclairé et les directives anticipées du résident ou à défaut de son responsable légal ; avoir préalablement restitué le dossier de demande d'admission complet ainsi que les pièces obligatoires qui le composent (notamment relatives à la solvabilité du résident et/ou de sa famille) ; après avis du médecin coordonnateur et de la psychologue et après que la commission d'admission présidée par le directeur ait statué. Ces conditions devront être spécifiées dès le premier contact (accueil/secrétariat) et rappelées durant le processus d'admission. Les demandes d'admission auprès de l'EHPAD peuvent émaner des futurs résidents eux-mêmes ou de leur famille/représentants légaux, ou de partenaires du secteur sanitaire et médicosocial, toutefois la direction vérifiera que son consentement éclairé ait été recherché lors de la visite de l'établissement (premier RV).

Durant le premier RV sera effectué le recueil de données administratives, médicales, les habitudes de vie du futur résident seront recueillies lors de la dernière étape du processus d'admission sera abordé la question des Directives anticipées.

La commission d'admission se réunit deux fois par mois, le Jeudi. Les admissions et la prise de possession de la chambre par le résident se déroulent le MARDI ou le JEUDI.

Une période probatoire de UN mois est instituée afin de permettre tant au résident et sa famille ainsi qu'à l'équipe de l'EHPAD d'évaluer et d'apprécier la capacité soit

d'intégration du résident soit la capacité technique de l'établissement à l'accompagner dans des conditions optimales. Le résident dispose de 15 jours pour faire valoir sans préavis son droit à rétractation conformément à la réglementation.

2. En hébergement temporaire

Le dispositif d'hébergement temporaire de l'établissement s'inscrit dans une logique territoriale et de partenariat coordonné pour les habitants de bassin de vie de la Bouriane.

Le dispositif, d'une capacité de 4 places, offre deux modalités d'accueil :

- Hébergement **court séjour** (15 jours maximum renouvelable une fois, dans la limite de 90 jours par an), de type hébergement de répit, d'aide aux aidants, de saisonnalité (vacances), etc.
- Hébergement **moyen séjour** (1 mois maximum renouvelable deux fois, dans la limite de 90 jours par an), pour permettre une transition (SAS) lorsque cela s'avère nécessaire après une hospitalisation (convalescence) et avant le retour à domicile d'une part, ou pour préparer une admission en institution dans l'attente d'une place, etc.

L'admission en hébergement temporaire peut émaner d'une institution sanitaire ou médico-sociale du bassin de vie de la Bouriane (hôpital, SSR, SSIAD, services sociaux, etc.) et fait l'objet d'un document individuel de prise en charge (DIPC). Le bénéficiaire ne fait pas l'objet d'un projet d'accompagnement personnalisé mais d'un projet de soins et de santé spécifique.

Après orientation par un des partenaires, ou à l'initiative d'une famille, la commission d'admission décide de cet accueil en fonction des places disponibles et de la situation sanitaire et sociale du demandeur, le critère d'urgence y est central. (Cf. fiche action n° 13).

3. Au PASA

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés est un dispositif interne au bénéfice des résidents de l'établissement. Il dispose d'une capacité de 14 places pour une file active de 31. L'admission doit répondre à plusieurs critères.

Modalités d'admission :

Le médecin traitant du résident, responsable du suivi de la personne, en lien avec le médecin coordonnateur, la psychologue le résident et la famille (personne de confiance, tuteur), décidera de la prise en charge au sein du PASA en fonction de l'évaluation réalisée à l'aide de l'outil NPI-ES et de l'échelle d'agitation Cohen-Mansfield.

L'admission au PASA est discutée au sein d'une commission d'admission composée du médecin coordonnateur, de la psychologue, de l'infirmière coordinatrice, du directeur, et proposée au médecin traitant qui arrêteront :

- Le nombre de jours d'accueil
- La périodicité et la fréquence de l'accompagnement
- Du type d'activités adaptés et prioritaires
- De la durée de la prise en soins au PASA (hebdomadaire, mensuel, etc.).

Le consentement écrit du résident ou de la personne de confiance ou du tuteur par l'envoi d'un courrier d'intégration au pôle est requis.

ii. La commission d'admission

La commission d'admission de l'établissement se réunit deux fois par mois (tous les quinze jours) les jeudi après-midi. Elle statue sur la base de critères définis dans la procédure d'admission et selon les capacités d'accueil. Elle est composée :

- Du médecin coordonnateur
- De la psychologue
- De l'infirmière coordinatrice
- Du directeur.

La décision finale est de la responsabilité du directeur.

iii. L'inscription sur liste d'attente

L'inscription sur la liste d'attente s'effectue au fil de l'eau. L'admission s'effectue par ordre d'inscription sur cette liste et en fonction des capacités d'accueil et des priorités (chambre simple, chambre double, résidents de la commune et du canton, puis du bassin de vie de la Bouriane, puis du département, et enfin des demandeurs hors département). La notion d'urgence est considérée et discutée en commission d'admission. Cette liste d'attente est interrogée et actualisée mensuellement.

iv. La réorientation

La réorientation peut intervenir à la demande du résident. Les modalités sont précisées dans le contrat de séjour s'agissant des délais (préavis). Lorsque cette réorientation est proposée à l'initiative de l'établissement c'est qu'elle répond à une inadaptation de l'établissement à accompagner et prendre en charge dans des conditions de dignité et de sécurité telle que cette réorientation s'impose. Elle fait l'objet de discussion et d'analyse tant en interne qu'auprès des familles et des partenaires. En tout état de cause elle n'est jamais brutale et s'inscrit dans une continuité du parcours de soins du résident en veillant à éviter toute rupture.

6) Les différents volets du Projet d'établissement : transversalité et passerelles

Le présent projet d'établissement est structuré autour de plusieurs dispositifs (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA) et de plusieurs sous-projets. Cet ensemble constitue la gamme de services et de prestations offerts par l'établissement qui coordonne l'organisation et le fonctionnement de la structure autour d'une notion fondamentale : la continuité du parcours de soins et de vie de la personne âgée en situation de vulnérabilité. Ce qui est au cœur de la démarche d'ensemble et qui donne une cohésion globale à l'accompagnement et à la prise en charge que propose l'établissement c'est le projet d'accompagnement personnalisé du résident. Ce PAP se décline en trois volets principaux : le volet soins (médical et paramédical), le volet psychologique (projet de vie) et le volet social (accompagnement à la vie sociale).

Le PAP est un outil opérationnel et un processus qui vise à répondre à un accompagnement global et personnalisé du résident. Il convient de distinguer, ce qui permet en amont et durant son suivi, les documents de recueil d'information, d'analyse de la situation du PAP lui-même (co-construction et plan d'actions, mise en œuvre et évaluation). La première étape sera rangée dans le dossier unique du résident avec sous pli confidentiel les données médicales. La seconde étape constitue un document opérationnel accessible à tous et repère de travail pour les agents référents et pour le comité de pilotage, comme pour les familles.

PAP :

- Volet soins (dépendance, plan de soins AS, et sanitaire plan de soins IDE)
- Volet psychologique (habitudes de vie, rythme de vie, souhaits et désirs, capacités)
- Volet accompagnement à la vie sociale (animation, loisir, culture, vie sociale et rôles sociaux)

Ces trois volets sont articulés et interagissent, ils ne peuvent s'ignorer. Ils sont pilotés par le Comité de pilotage : psychologue, IDEC, psychomotricienne, médecin coordonnateur et directeur et gérés et animés par le groupe référents (tous les AS/AMP/ASG/IDE et 2 ASH = 3 résidents pour les agents soins et 2 résidents pour les ASH. Les ASH seront référents des résidents les plus autonomes et seront remplacés par des AS/AMP si l'état de ces résidents se dégrade).

La participation de la famille : *a minima* avec l'accord du résident (participation et/ou transmission d'une copie du PAP opérationnel). Si le résident n'est pas autonome : uniquement la personne de confiance (à elle de relayer l'information).

a. Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) (fiche action n°9)

Démarche du PAP 4 étapes :

- **Premiers contacts et analyse de la situation** : demande de renseignements / communication d'informations sur le projet personnalisé / recueil des données / attentes / analyse ;
- **Co-construction** : analyse des données / co-construction du pré-projet personnalisé / décision et formalisation des objectifs du PAP ;
- **Mise en œuvre** : communication auprès des professionnels / communication auprès de l'entourage et/ou du représentant légal / communication auprès des partenaires médicaux, paramédicaux et autres / sollicitation des ressources associées / mise en œuvre des objectifs ;
- **Co-évaluation** : indicateurs, ajustements.

i. Le projet soins (fiche action n°14)

Le projet de soins participe de cet accompagnement en développant sur le terrain des pratiques en constante évolution, qui doivent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins sous l'autorité du médecin coordonnateur et l'expertise de l'Infirmière coordinatrice (IDEC). Il vise à :

- améliorer le diagnostic et la prise en charge des résidents déprimés
- améliorer le diagnostic et la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse des résidents ayant des troubles du comportement
- identifier et analyser le risque infectieux, gérer le risque infectieux
- informer tous les acteurs concernés de la démarche de prévention du risque
- organiser la continuité des soins au sein de l'établissement
- développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité, départementaux ou régionaux (via la télémédecine).

1. La gestion de la douleur

L'établissement met en œuvre une démarche cohérente de la prise en charge de la douleur. Sa prévention, son dépistage et son traitement sont une priorité. Chaque résident bénéficie à l'entrée d'un dépistage de la douleur selon une échelle numérique (Doloplus) et par une ECPA en cas de résident non communiquant. Le personnel soignant devra être formé aux différentes échelles d'évaluation et sera sensibilisé à la prévention de la douleur pendant les soins, comme à son dépistage. Cette évaluation de la douleur sera réévaluée régulièrement en fonction de l'état de santé de chaque résident.

Enfin, un Référent douleur (AS) est désigné dans l'établissement, il a notamment en charge la rédaction et l'actualisation des protocoles et procédures.

2. La prévention des escarres

Il convient de rappeler qu'une escarre se développe rapidement et qu'une escarre détectée lors de son apparition peut être rapidement jugulée tandis qu'une escarre profonde mettra plusieurs semaines à plusieurs mois à guérir, et peut mettre la vie du patient en danger. C'est pourquoi cette surveillance implique l'ensemble des agents

(médecin, IDE, AS, etc.). La prise en charge des troubles cutanés s'effectue en priorité par la prévention et des soins d'hygiène de qualité, un matériel adapté, une nutrition correcte et des positionnements adéquats. La surveillance s'effectue notamment par l'échelle de Braden et en cas de survenue par une collaboration étroite avec les services « plaies et cicatrisation ». Dans cette perspective :

- Mettre en place un protocole de prévention et de soins d'escarres
- Généraliser l'utilisation de l'échelle de mesure de risques d'escarres « Braden »
- Mise en place de matériel adapté (matelas, coussins de positionnement) avec une surveillance pendant la toilette, les changes...)
- En cas d'alitement prolongé, une fiche de latéralisation est mise en place
- Des effleurages aux points d'appui seront prodigués

3. La prévention des chutes

La prévention des chutes est un axe du projet médical, repris dans le projet de soins. Les soins paramédicaux contribuent à cette prévention en mettant en place différentes actions, contribuant à un meilleur accompagnement de la personne accueillie.

Prévenir les chutes, prévenir les conséquences des chutes, prendre en charge les conséquences des chutes repose sur le dépistage systématique des facteurs de risques médicaux et environnementaux ainsi que sur une évaluation initiale des troubles de l'équilibre et de la marche. Pour ce faire dès l'entrée est appliqué l'outil Tinetti.

Les causes et les conséquences des chutes sont renseignés par des fiches dédiées et sont analysées en équipe pluriprofessionnelle par le médecin coordonnateur. Cette analyse doit déboucher sur une prévention secondaire et sur des mesures correctives le cas échéant.

Notre établissement se focalise enfin sur la mise en place progressive d'une politique d'activité physique auprès du plus grand nombre de résidents pour améliorer son autonomie et/ou prévenir l'aggravation de sa dépendance et *in fine* pour réduire le risque de chute au moyen du parcours de santé, de l'activité physique adapté et de la gym douce.

Autre axe, veiller au bon entretien des pieds du résident en :

- S'assurant du passage régulier du podologue lorsque nécessaire
- Ayant une vigilance pour les pieds des personnes diabétiques
- Veillant à la qualité des chaussures des résidents

En assurant la traçabilité de ce suivi sur le dossier du résident et en transmettant les informations à l'ensemble des acteurs concernés y compris les familles

4. La prévention de la dénutrition

La nutrition est un élément essentiel de l'état de santé favorisant la qualité de vie. A l'entrée d'un résident sont systématiquement effectués la mesure :

- Du poids
- De la taille
- MNA

- Bilan sanguin avec albumine et CRP
- IMC.

L'ensemble des résidents est pesé une fois par mois et des pesées complémentaires individuelles sont effectuées si est constaté une perte de poids récente. Une réflexion est menée en équipe pluriprofessionnelle pour établir les mesures correctives tout en respectant autant que possible les goûts alimentaires du résident. Un ensemble de conseils nutritionnels sont alors activés :

- Augmentation de la fréquence alimentaire dans la journée
- Eviter une période de jeûne nocturne supérieure à 12h
- Donner du goût à l'alimentation
- Privilégier les produits riches en énergie et en protéine tout en les adaptant aux goûts du patient
- Organiser une aide au repas et favoriser un environnement agréable
- Enrichir l'alimentation pour augmenter l'apport énergétique et protéinique sans augmenter le volume
- Utiliser des compléments nutritionnels oraux pris en complément d'un repas sans se substituer à celui-ci.

Nous devons nous orienter vers une alimentation de plus en plus personnalisée au regard des goûts des résidents et de ses évolutions.

Les protocoles personnalisés de la prise en charge de la nutrition devront être établis tout en veillant à la bonne hygiène bucco-dentaire via un protocole de suivi.

ii. Le projet de vie

Sous l'impulsion de la Psychologue de l'établissement, le projet de vie cible prioritairement la qualité de vie des résidents avec comme souci passer des besoins aux désirs de ceux-ci, le projet de vie s'inscrit donc pleinement dans le « prendre soin ». Cela passe nécessairement par un travail d'écoute (entretiens individuels) et un travail d'analyse collectif (réunion pluriprofessionnelle). Ils cherchent donc à mettre en avant la singularité des résidents en dépit des contraintes de la vie en collectivité. Il se fonde sur les habitudes de vie antérieures à l'admission et à leur adaptation dans le nouveau lieu de vie de la personne : l'EHPAD. Il cherche à identifier avec le résident, et le cas échéant avec sa famille, les attentes, les besoins, les envies et désirs du résident tout en identifiant concomitamment les capacités individuelles. L'objectif est donc explicitement de maintenir les capacités et l'autonomie de la personne accueillie et, dans le même temps compte tenu des caractéristiques de l'avancée en âge, de prévenir la dépendance et/ou son aggravation. Pour ce faire l'outil de référence est le PAP qui cherche à personnaliser au maximum l'accompagnement et/ou la prise en charge du résident.

1. Les attentes du résident, la qualité de vie

Préserver la qualité de vie : lorsque vous entrez en institution, tout doit être mis en place pour préserver votre qualité de vie. Chaque personne doit être considérée comme un être singulier et doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement personnalisé. Avec le projet de vie, il s'agit d'aller au-delà des modes de fonctionnement que l'on connaît et d'offrir à la personne du plaisir, de l'émergence de vraies relations, des possibilités de choix et d'expression, des ressentis d'émotions diverses.

Maintenir les rôles sociaux : l'entrée en institution ne doit pas être considérée comme la fin d'une histoire mais elle s'inscrit dans une continuité de vie, une continuité identitaire. En effet, l'entrée en établissement nécessite un réel travail de deuil (du domicile, d'un statut identitaire, de son environnement, de sa vie passée...). Notre rôle est alors d'offrir aux personnes des objets à investir en accord avec leurs centres d'intérêt et leurs envies, afin de leur donner envie d'intégrer ce nouvel environnement conformément à la méthode Montessori adaptée.

Promouvoir le libre choix et l'autonomie : le projet de vie permet de préserver la personnalité, l'histoire, les liens sociaux et l'autonomie de la personne. Ainsi, il faut pouvoir permettre à cette dernière de continuer à gérer ce qu'elle peut encore gérer (prise de médicaments, prise des repas, toilette, santé...) et veiller à redynamiser les capacités restantes.

La mise en place empirique de certaines thérapeutiques non médicamenteuses, a nécessité des touches successives de mise au point pour qu'elles rentrent dans le cadre d'une approche gériatrique. Celle-ci est basée sur une attitude positive du comportement des soignants (prendre soin) et une utilisation des organes des sens des Résidents (méthode Montessori adaptée) pour, à travers la perception sensorielle, essayer de restructurer une image du corps, permettant d'exister en tant que personne. L'utilisation de l'espace et du temps comme moyens d'information sensorielle favorisant la permanence de la perception du corps (Moi) et l'augmentation de l'indépendance gestuelle est aussi notre préoccupation, avec l'espoir d'une amélioration de l'autonomie du *vouloir* (intentionnalité).

Certes nous ne négligeons pas les préoccupations institutionnelles classiques (soins infirmiers, hygiène des locaux, nourriture) mais elles sont intégrées dans une vision où le Résident est un sujet et non un objet. Par exemple, la finalité de l'hygiène n'est pas l'obligation institutionnelle mais le bien-être du Résident. La démarche d'intention est fondamentalement différente : elle sous-entend que l'action a été pensée dans l'intérêt supérieur du résident, de ses habitudes, de son rythme, et non pas routinière et protocolarisée. Les soignants doivent apprendre à ralentir les mouvements et contrôler leurs gestes, ce qui est un mode actif de pensée.

2. L'évaluation des troubles du comportement (fiche action n°18)

Dans un premier temps il s'agit pour l'ensemble des équipes sous le contrôle expert de la psychologue d'identifier et de décrire les symptômes (comportements, attitudes, expressions) qui signalent une rupture par rapport au fonctionnement antérieur. Cette étape est fondamentale car ces changements (durables ou fluctuants) peuvent avoir un impact sur la qualité de vie du résident, sur la bienveillance, sur les prescriptions médicales, etc. Ces symptômes doivent être systématiquement recherchés c'est pourquoi l'évaluation doit être récurrente (une fois par trimestre) avec une identification précise et une recherche des causes. Pour ce faire l'équipe mobile de gériatrie de l'hôpital de Gourdon est également mobilisée.

Démarche d'évaluation des troubles (RBPP HAS)

Il est recommandé de réaliser une évaluation structurée et personnalisée. Cette évaluation doit être hiérarchisée pour apporter rapidement des solutions efficaces en fonction du degré d'urgence. Les outils d'évaluation sont principalement (mais non limitatifs) : MMSE, NPIES et échelle de Cohen Mansfield.

La conduite à tenir recommandée par la HAS est la suivante :

- apprécier le degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme pour le patient ou pour autrui ;
- interroger et examiner le patient, et interroger l'entourage (aidants, professionnels, etc.) sur l'ancienneté et les caractéristiques du trouble, les signes d'alerte éventuels, les circonstances de survenue ;
- rechercher une cause somatique (rétention d'urine, infection, douleur aiguë, fécalome, etc.) ou psychiatrique (crise d'angoisse sévère) à traiter en priorité ;
- rechercher des facteurs iatrogènes à corriger ;
- approfondir l'évaluation clinique des troubles (intensité, retentissement) ;
- compléter l'enquête étiologique :
 - faire le point sur les capacités sensorielles et cognitives,
 - identifier les facteurs prédisposants (de fragilité, d'environnement, de mode de vie),
 - rechercher les facteurs déclenchants ou de décompensation : événements ponctuels, problèmes relationnels, attitude inadaptée des aidants.

L'évaluation clinique et l'enquête étiologique doivent être répétées à différents moments de la prise en charge si le trouble persiste.

Cette évaluation doit être complétée d'une analyse étiologique qui devra déterminer les causes et les facteurs déterminants (causes somatiques et/ou psychiatriques ; facteurs déclenchants et facteurs prédisposants de type cognitifs, somatiques, fonctionnels, de personnalité, relationnels, d'environnement).

A l'issue de ce travail clinique la psychologue en lien avec le médecin coordonnateur et dans le cadre de la réunion pluriprofessionnelle doit faire des propositions de techniques d'intervention et de soins prioritairement non-médicamenteuses conformément et telles

que prévues par la RBPP de la HAS (Haute Autorité de Santé : *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, mai 2009).

L'ensemble de la démarche devra s'inscrire par ailleurs dans le cadre d'un partenariat avec le secteur psychiatrique afin de bénéficier d'un accompagnement et d'un avis expert via la télémédecine (télé-expertise et téléconsultation) dès 2018. L'objectif est de limiter autant que possible et le recours à la sédation (le recours à des psychotropes doivent être proscrits si les symptômes sont d'origine iatrogénique ou somatique, ils ne doivent pas être prescrits en première intention dans les situations de déambulation, d'oppositions et de cri) et le recours à la contention qui devront être extrêmement encadrés de même que l'hospitalisation dont les bénéfices sont rarement supérieurs aux risques. Dans tous les cas une analyse fine des bénéfices/risque est effectuée notamment dans le cas de prescriptions (médicamenteuse et contention).

iii. Le projet d'accompagnement à la vie sociale (fiche action n°4)

Notre EHPAD met au cœur de son projet d'établissement la fonction de « lieu de vie ». En conséquence la politique de l'établissement est que l'accompagnement à la vie sociale, et ce faisant l'animation, est l'affaire de tous et relève du « prendre soin ». C'est pourquoi, afin de maintenir une prise en compte et une approche globale de la personne dans le respect de sa dignité et de son intimité, mais également de ses choix, de ses goûts et de ses habitudes de vie, la coordinatrice à la vie sociale (psychomotricienne) a en charge l'élaboration du projet, sa déclinaison en programme d'actions et à sa mise en œuvre opérationnelle.

- L'équipe :

La coordinatrice à la vie sociale (0.5 ETP/hebdomadaire) est psychomotricienne, par sa posture prospective et réflexive elle met en place, en lien avec les animateurs volontaires, un programme d'activités, définit les objectifs généraux, les coordonne et les évalue en lien direct avec la direction, l'IDEC et la psychologue.

Les animatrices-teurs sont auxiliaires de soins, bénévoles ou intervenants extérieurs. Vecteur de communication, d'écoute et d'empathie, ils-elles déclinent le projet en actions opérationnelles et les évaluent (RBPP p. 24)

Les intervenants internes renforcent ainsi le dispositif : divers agents de l'établissement mobilisent leurs compétences annexes pour l'animation : ateliers jardinage (jardin thérapeutique), atelier soins esthétiques, atelier relaxation (thérapeutique)

L'intervenant externe : animateur sportif (APA : activité physique adaptée).

- L'organisation :

Chaque jour de la semaine, une ou plusieurs activités sont proposées aux résidents. Ces activités se déroulent l'après-midi et pour une durée variable et adaptée : de 1 heure à 2 heures voire plus pour certaines actions.

Le programme d'action est articulé autour de 3 types d'activités dont la fréquence est variable :

- Activités de groupe autour d'une thématique spécifique au sein de l'établissement
- Activités de groupe à l'extérieur de l'établissement
- Des activités bimensuelles, mensuelles, trimestrielles ou annuelles au sein ou à l'extérieur de l'établissement

De la collaboration entre intervenants (coordination)

1. Les objectifs

Les objectifs stratégiques de la mission (le projet)

- Le résident au cœur du projet
- Un choix : la mixité et les passerelles (entre différents groupes pathogéniques et entre l'animation et le PASA, l'intergénérationnel, inter-EHPAD)

Pour ce faire trois axes doivent être privilégiés selon l'ANESM :

- *Le maintien de l'exercice des rôles traditionnels (droit de vote, droit à participer via le CVS, droit à recevoir sa famille, à sortir de l'établissement pour aller au marché par exemple, etc.) ;*
- *La découverte de rôles nouveaux favorisant de nouveaux contacts et émotions (par le biais d'activités créatrices)*
- *La transmission de la culture, redonnant une valeur à l'individu et au sens de son histoire*

A ces trois axes un quatrième s'impose :

- Droit à participation, participation à la vie sociale de l'établissement : CVS, commission repas, commission animation, groupe de parole.

Ces axes sont déclinés autour de trois objectifs principaux :

- la prévention de la dépendance et/ou de son aggravation
- le maintien du lien social et l'inclusion sociale
- La distraction et le plaisir.

2. Les activités

Une inscription dans le temps, un temps balisé

Les résidents acteurs de leur vie sociale et culturelle

Maintien de l'autonomie physique

Maintien de l'autonomie intellectuelle

Maintien de l'autonomie sensorielle

Maintien des liens sociaux

3. Les bénévoles

Ils contribuent à l'ouverture de l'établissement sur son environnement et au maintien/développement des liens sociaux en renforçant la vie sociale (RBPP p. 29) : gym douce, promenade, jeux de société, chant choral, dessin/peinture, etc.

4. La coordination des activités

Le projet d'animation et sa coordination est établi conjointement par la coordinatrice de la vie sociale, les animateurs (auxiliaires de soins) et le directeur à l'issu de travaux de réflexion avec l'équipe pluriprofessionnelle, les référents des résidents et les bénévoles, sur la base des bilans des projets d'accompagnement personnalisés. Il est évalué et actualisé annuellement. Cette coordination vise à optimiser la déclinaison du projet en actions concrètes. De même son objectif est de cibler un certain nombre d'actions visant à maintenir l'autonomie, la vie sociale et les liens sociaux, les rôles sociaux et en dernière intention à prévenir les risques de dépendance.

iv. La coordination des PAP

Les PAP sont coordonnés et planifiés par la psychologue de l'établissement. Son rôle consiste à en piloter le suivi en lien avec l'IDEC, la psychomotricienne et chaque référent. L'enjeu de cette coordination est multiple. D'une part elle vise à développer la transversalité afin de mettre en lien les divers volets entre eux en évitant à la fois l'éparpillement et la spécialisation et tout en articulant ces divers volets dans une dynamique de convergence globale par un processus d'intégration. D'autre part elle vise à garantir la mise en œuvre du projet personnalisé par un suivi et une planification effective. Enfin, elle consiste à garantir la participation de l'utilisateur par une série d'entretiens de co-construction et de co-évaluation permanent en mobilisant l'équipe pluriprofessionnelle autour de la démarche. En d'autres termes, la coordination des PAP consiste à créer un cadre facilitant et facilitateur tant auprès du résident et de sa famille que de l'équipe de l'établissement et des divers intervenants.

b. Le PASA

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) est un espace de vie spécialement aménagé au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques, individuelles et collectives, aux résidents de l'EHPAD, ayant des troubles du comportement modérés. Cet environnement adapté aux besoins des résidents n'est pas ouvert à un recrutement extérieur. Il répond à la mesure 16 du plan Alzheimer déclinant les modalités de mise en œuvre de ce dispositif repris par le Plan MND visant à offrir des

réponses notamment médico-sociales (alternative à la sédation/contention) à ces pathologies.

Le PASA accueille tous les jours de la semaine, et selon les besoins des résidents, et leur volonté d'y participer, jusqu'à 14 résidents inscrits de l'EHPAD pour une file active de 31 à 40 résidents ou bénéficiant à 28 résidents de façon concomitante.

Chaque résident de l'établissement peut bénéficier d'un ou de plusieurs jours d'activités et de soins adaptés par semaine sur la base d'un programme d'activités rédigés par la psychomotricienne, avec l'appui des Assistantes en Soins Gériatriques (ASG) et sous la responsabilité conjointe du médecin coordonnateur et de la psychologue.

Il dispose d'un personnel qualifié, formé et volontaire.

Sa labellisation répond à deux volets : l'infrastructure d'une part et l'organisation et le fonctionnement d'autre part.

Le PASA est une des mesures inscrite Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (PMND) dans la continuité du Plan Alzheimer 2008-2012.

i. Les missions

La prise en charge et l'accompagnement au sein de ce pôle a pour objectifs d'apporter un accompagnement de qualité aux personnes présentant des troubles du comportement tout en ayant une approche globale. A ce titre, il vise à :

- Valoriser les capacités restantes de la personne âgée ;
- Récupérer une certaine autonomie ou à la maintenir, prévenir la dégradation de la dépendance ;
- Réduire l'agitation et la déambulation par une participation à des activités adaptées ;
- De diminuer la consommation de thérapeutiques sédatives ;
- De limiter le recours à toute forme de contention ;
- D'améliorer la qualité de vie au sein de la collectivité ;
- De prévenir une aggravation des symptômes et syndromes (prévention).

ii. Les objectifs

Le but de la prise en charge au PASA est d'améliorer les troubles psycho-comportementaux et de limiter le recours aux psychotropes par un accueil, un encadrement et des activités adaptées. Pour ce faire le PASA met en œuvre un programme d'action qui concourt :

- Au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes ;
- Au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives ;
- A la mobilisation des fonctions sensorielles ;
- Au maintien du lien social des bénéficiaires.

iii. Les actions

- Cuisine thérapeutique
- Jeux de société

- Atelier cognitif
- Gym douce
- Atelier « parlotte »
- Atelier créatif
- Journal
- Jeu dextérité

c. L'hébergement temporaire

L'accueil temporaire est une des réponses à diverses notions inhérentes aux doctrines législatives, réglementaires mais également aux politiques publiques notamment locales en faveur des personnes les plus vulnérables dans le respect de leurs droits, telles que : *continuité du parcours, fluidité, transition, passerelles, répit et aide aux aidants, ruptures (éviter les), coordination, coopération, territoire, partenariat, décloisonnement institutionnel, prévention (de la dépendance), accompagnement, prise en compte (des usagers), efficacité, qualité, évaluation, etc.*

L'accueil et l'hébergement temporaire s'inscrivent pleinement dans la notion de parcours initiée par la loi HPST. Ils suggèrent que la personne âgée reçoive « *les bons soins, la bonne aide, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment et au meilleur coût* » (efficacité et effectivité). Il implique également la continuité du parcours de santé de l'usager en termes de proximité, et concerne de fait l'ensemble de la population considérée sur un territoire donné (en l'occurrence la Bouriane) et ce faisant l'ensemble des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement, ce qui exige d'une part une collaboration, et d'autre part une coordination territoriale.

Ce type de dispositif alternatif vise explicitement à limiter le recours comme le maintien indu à l'hospitalisation (fluidité des parcours) tout en favorisant le retour et le maintien à domicile dès que la situation clinique du bénéficiaire le permet. Dans cette perspective, l'hébergement temporaire est une passerelle et une transition coordonnée au bénéfice de la personne âgée. Par ailleurs, un tel outil constitue aussi une des réponses aux **aidants** notamment naturels dans des situations complexes et de carences (répit) et optimise ainsi l'accompagnement des personnes âgées et de leurs familles.

L'objectif général de l'hébergement temporaire consiste ainsi à optimiser l'efficacité de la qualité des soins et des aides dont peuvent bénéficier les personnes âgées et leurs familles afin d'améliorer leur qualité de vie dans une logique de parcours de santé, de continuité de soins et aides par une coordination structurée territoriale. Cet objectif général se décline en trois axes stratégiques :

- **Améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants** en considérant la personne âgée comme un partenaire acteur de sa santé et de son parcours de soins ; en améliorant leur qualité de vie et en les maintenant à domicile aussi longtemps que le permet leur état ; en soulageant les aidants ; en prévenant l'aggravation des problèmes de santé et la survenue de la dépendance (dénutrition,

dépression, chute, observance des traitements, etc.) ; en réduisant le recours et/ou le maintien à l'hospitalisation et en favorisant la sortie (transfert et transition).

- **Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de la personne âgée en risque de perte d'autonomie** en recentrant les professionnels de santé sur leur plus niveau de compétence ; en améliorant leur (re)connaissance réciproque et leur communication par le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social ; en améliorant les transitions et le développement d'outils partagés ; en sensibilisant les acteurs aux facteurs de risques d'hospitalisation des personnes âgées.
- **Créer des conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs sur le territoire** en mettant en œuvre des coopérations territoriales partagées et structurées (conventionnement) entre les différents acteurs du parcours de santé des personnes âgées ; en développant des outils transversaux et de coordination (évaluation, analyse, orientation, préconisation).

Le projet se propose de réserver 2 chambres dédiées à la coordination avec les établissements sanitaires et 2 chambres pour les situations d'urgence et la préparation à une intégration en hébergement permanent afin de :

- Répondre à la demande des partenaires du sanitaire afin d'éviter les hospitalisations indues et le maintien inapproprié des patients à l'hôpital ou en SSR ;
- SAS de transition et d'attente avant un retour au domicile ;
- SAS de préparation à une admission en hébergement permanent ;
- Répondre aux situations d'urgence notamment à l'égard des aidants naturels (répit, saisonnalité, travaux au domicile, carence de l'aidant).

d. Le projet médical (fiche action n°14)

La vocation de notre structure est d'accueillir les personnes âgées, de les accompagner, tout en favorisant le maintien des liens avec les familles de par la proximité géographique, mais également en leur permettant d'être partie prenante dans la vie de leur proche.

Dans ce contexte pour l'ensemble des agents et la Direction, il faut donc se donner les moyens de réussir continuité et évolutions et rassembler les professionnels, autour d'une dynamique telle que l'élaboration des différents projets dont le projet médical de l'établissement, en favorisant les compétences internes et l'investissement de tous, de manière à créer une synergie au sein de la structure et de poser ainsi les prémices de la future évaluation externe.

Constat : Dans la population accueillie on distingue trois profils

- Des personnes âgées ayant des dépendances motrices
- Des personnes âgées ayant des altérations légères des fonctions supérieures
- Des personnes âgées ayant des altérations importantes des fonctions supérieures

Afin de répondre au mieux aux besoins des personnes, le projet médical a défini les objectifs suivants :

i. Du prendre soin aux soins

Si notre établissement s'inscrit dans les théories « du prendre soin » (*care*) il n'en reste pas moins soucieux de la qualité des soins (*cure*) entendus comme actes techniques nécessaires à la qualité de vie des résidents et au maintien de leur santé. Aussi, par un effet de balancier ce volet se focalise « du prendre soin » aux soins et aborde les aspects strictement sanitaires de la mission de l'EHPAD, y compris pour ses aspects préventifs.

1. Le circuit du médicament (fiche action n°17)

Le médicament, de sa prescription à son admission parcourt un circuit qu'il convient de contrôler et de maîtriser pour éviter les risques d'erreurs.

Plusieurs acteurs interviennent la coordination et la vérification est nécessaire tout au long du processus :

- Procéder à une évaluation du circuit de médicament
- Mettre à disposition de l'ensemble des acteurs concernés un livret concernant les possibilités de broyage des médicaments, ainsi que les effets induits
- Vérifier les modalités de déblistération des médicaments et diffuser les bonnes pratiques

2. Evaluer le degré de fragilité des personnes (fiche action n°18)

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité (syndrome de fragilité comme identification des besoins spécifiques) et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite "évitable" et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations,) en :

- Adaptant la grille SEGA pour une utilisation en institution

Prévoyant la passation de la grille pour toute nouvelle entrée, dans un deuxième temps la grille SEGA sera utilisée pour l'ensemble des résidents.

3. Améliorer l'accompagnement des personnes souffrant d'altérations cognitives (fiches action n° 7 & 22)

On constate l'augmentation du nombre de personnes âgées souffrant d'altération des fonctions supérieures (maladie d'Alzheimer et troubles apparentés) dans les admissions en structure.

Les altérations des fonctions supérieures ont pour conséquences des pertes d'autonomie importantes au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

- Systématiser les évaluations cognitives

- Lors de l'admission afin d'évaluer les fonctions cognitives
- Lors de l'admission au PASA pour proposer des activités adaptées
- Test MMSE à l'entrée et une fois par an
- Test NPI-ES à l'entrée au PASA

4. Mise en place de la commission de coordination gériatrique (fiche action n°1)

Cette commission doit être mise en place dans tous les EHPAD. Cette instance permet une réflexion sur les pratiques médicales des médecins, des paramédicaux et du pharmacien intervenant directement ou indirectement au sein de l'E.H.P.A.D.

Des demandes de signature de convention seront transmises aux intervenants dans la structure. L'établissement respectera tout de même le rythme des réunions imposé par la réglementation en conviant l'ensemble des intervenants, même ceux qui n'ont pas signé de convention.

- Mise en place de la commission de coordination gériatrique

5. Renforcer la coordination, le partenariat et les réseaux (fiche action n°1)

Renforcer le travail en partenariat avec les établissements, notamment le Centre Hospitalier de GOURDON (Service de Gériatrie, Hospitalisation à Domicile, Equipe Mobile de Gériatrie, Télémédecine). Réactualiser la convention avec l'Hôpital J.P. FALRET (Service de Géronto psychiatrie) pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. HAD.

Favoriser le travail en réseau : Travailler en réseau, en lien avec les autres acteurs, assure une meilleure qualité d'accompagnement de la personne âgée. Cela permet d'apporter des réponses à différents types de difficultés rencontrées par la personne âgée : SSIAD + MAIA etc. **Hébergement temporaire** : cf. chapitre HT

Dynamiser le projet de Télémédecine (Groupement gérontologique de Bouriane)

6. L'accompagnement de la fin de vie (fiche action n°3)

Ces dernières années, les décès faisant suite à des maladies du système nerveux ont largement progressé et ces personnes décèdent de plus en plus souvent en EHPAD faisant de ces établissements, lieux de vie, également des lieux où l'on meurt. Aussi, l'accompagnement de fin de vie ne réduit pas à la toute fin de vie et peut faire irruption et ne nécessite pas forcément de soins palliatifs. **La fin de vie correspond ainsi à un décès non soudain c'est-à-dire relativement prévisible et dont la survenue n'a pas été une surprise pour l'équipe soignante.** C'est dans ce contexte où les mois et semaines qui précèdent la mort peuvent être identifiés par les professionnels que la notion d'accompagnement de fin de vie prend tout son sens en institution, où les symptômes d'inconfort spécifiques à la fin de vie peuvent survenir (souffrance psychique accrue par

exemple). C'est autour de ces situations de fin de vie qu'un accompagnement spécifique peut être mis en place, tant pour les personnes concernées que pour leur proche mais également pour les professionnels. **L'enjeu est alors de pouvoir repérer les signes qui vont entraîner un basculement vers la fin de vie.** Ce repérage doit permettre d'actionner les ressources nécessaires en accord avec la personne âgée et/ou son représentant légal et ses proches d'une part et avec l'accord du médecin traitant et le médecin coordonnateur d'autre part. C'est dans le cadre de la loi dite Léonetti du 22 avril 2005 que se déploie notre projet. Cette loi vise à prendre en compte l'ensemble des situations en fin de vie et à **proscrire l'obstination déraisonnable**. Elle autorise en outre afin de soulager l'arrêt des traitements (dont la nutrition et l'hydratation) même lorsque cet arrêt risque d'abrèger la vie du patient. Pour ce faire elle reconnaît aux **directives anticipées** une valeur fondamentale, institue la personne de confiance et instaure la procédure collégiale.

Par ailleurs, avec la loi ASV les EHPAD accueilleront dans les prochaines années de plus en plus des personnes âgées dont la fin de vie et les soins palliatifs impacteront à la fois les pratiques professionnelles et les conditions d'accueil et de prise en charge. Pour ce faire notre établissement décide de développer cet axe tant en interne qu'en externe en désignant un personnel soignant porteur et animateur du projet à développer conjointement avec le médecin coordonnateur et la psychologue. Ce personnel (IDE) aura par ailleurs la charge de former les personnels de l'établissement à ces nouvelles postures et pratiques.

Notre projet vise à répondre aux préoccupations suivantes :

- L'accompagnement familial
- La possibilité de s'opposer aux soins non désirés
- L'accompagnement de la fin de vie dans des conditions dignes et humaines qui soulage notamment la douleur (physique et psychique)
- La transmission d'une trace pour les autres
- La possibilité de se réconcilier
- Le développement pour les professionnels d'une culture palliative en complément des soins curatifs
- La mise en place d'une organisation réactive qui permette d'apporter des réponses au plus près des souhaits et demandes des personnes accompagnées

Cela implique de prendre connaissance des souhaits des personnes et de leur famille notamment *via* les directives anticipées ; être en capacité de repérer les situations d'aggravation (identification des signes et veille, réactivité, collégialité dans les décisions et partenariats notamment avec ICARE/ASP Lot, HAD, évaluation des bénéfiques/risques, limitation des hospitalisations) ; adapter les pratiques et le cadre de vie des personnes (soins de confort et gestes techniques, prise en compte et traitement de la douleur, communication adaptée et gestion de l'information, coordination, bien-être *via* l'espace *snoezelen* mobile, associer les familles, adapter l'organisation de l'hôtellerie) ; la question

du décès lui-même (annoncer le décès et accompagner les proches, toilette mortuaire, etc.) ; soutenir les équipes (projet d'établissement, ressources et moyens, méthode et formation).

7. La prévention du risque infectieux (fiche action n° 12)

Le document d'analyse du risque infectieux est une obligation réglementaire (Circulaire interministérielle DGCS/DGS n°2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013). C'est une démarche projet portée, animée et déclinée au niveau de l'établissement par l'IDEC sous le contrôle du médecin coordonnateur et la supervision du directeur. Il vise à prévenir le risque de développement infectieux et le risque de transmissions nosocomiales et d'en apprécier le niveau de maîtrise puis d'établir un plan d'actions qui y réponde dans le cadre de la démarche qualité. Un référent hygiène doit être désigné (AS). Le DARI est en place sur l'établissement depuis 2017.

e. L'ouverture sur l'extérieur et le partenariat (fiches action n° 1 & 2)

L'ouverture de l'établissement *sur* et à son environnement répond a trois exigences fondamentales : favoriser/restaurer le maintien des liens sociaux/familiaux et permettre d'exercer sa citoyenneté d'une part (cf. projet d'animation et d'accompagnement à la vie sociale et bénévoles, association des usagers, implication des familles) ; contribuer au décroisement des secteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux afin de permettre aux personnes comme à l'établissement d'accéder aux ressources du territoire d'autre part (parcours de santé) ; permettre aux équipes de questionner et d'enrichir leurs pratiques professionnelles, renouveler les modalités d'intervention et promouvoir la bientraitance enfin. Par ailleurs, cette ouverture doit répondre à la volonté du législateur telle qu'incarnée dans les lois 2002-2 et HPST. Cette ouverture correspond alors à un double mouvement : *faciliter la venue à l'intérieur de l'établissement des familles, des bénévoles, des stagiaires, des partenaires, des visiteurs... L'établissement est alors une ressource pour l'environnement ; d'aller vers l'extérieur de l'établissement afin d'intégrer les personnes accueillies dans la ville ou le village, sensibiliser cet environnement social à l'accueil des personnes et créer les conditions d'un enrichissement mutuel. L'établissement s'appuie sur les ressources de l'environnement (ANESM).* L'environnement doit donc ici être entendu à la fois comme les familles et proches du résident et comme les ressources du territoire (institutions, acteurs).

L'environnement de l'EHPAD le Souleilhou est d'abord le territoire dans lequel il s'inscrit : la Bouriane qui recouvre un espace situé à l'Ouest du département et comprenant 4 cantons : Gourdon, Cazals, Salviac et Saint-Germain du Bel Air (35 communes pour environ 15 800 habitants). Ce bassin de vie est structuré autour de deux Communautés de communes (Cazals-Salviac et Quercy Bouriane). La part d'habitants de plus de 60 ans est de 30%. La vie économique y est relativement dynamique caractérisée par l'artisanat et le commerce, la construction, le tourisme, l'agro-alimentaire et la filière bois. La vie culturelle y est riche (5 musées, 12 bibliothèques, 2 écoles de musiques, nombreux festivals, etc.) et compte plus de 80 associations.

Au niveau sanitaire et médico-social le territoire est modestement doté avec la présence d'un hôpital à Gourdon, avec une Unité d'Hébergement Renforcé, deux SSR et un accueil de jour. Il existe également à Montfaucon un établissement privé (SSR et EHPAD avec unité Alzheimer et hébergement temporaire) ; Le bassin comporte trois SSIAD (Gourdon, Labastide-Murat et Cazals) et outre ceux de Gourdon, 3 EHPAD.

i. L'établissement une ressource pour le territoire

S'agissant de la commune de Saint Germain du Bel Air, l'EHPAD est le premier employeur et constitue un outil de développement local indéniable qui, en favorisant les circuits courts, permet aux acteurs économiques de maintenir une activité au service de tous les habitants. Le point faible de notre commune et ce faisant de l'établissement est l'accessibilité avec aucun transport en commun et un isolement relatif par rapport aux centres urbains de Cahors (35 minutes) et de Gourdon (20 minutes). L'établissement ouvert à tous, offre toutefois un point d'ancrage pour l'hôpital de Gourdon. Dans le même esprit, l'hébergement temporaire de l'établissement est d'abord et avant tout un dispositif territorial qui bénéficie à tous les usagers potentiels de la Bouriane en lien avec les partenaires du territoire (Gourdon, Montfaucon, mais aussi Mercuès, etc.). De même le parcours de santé et le jardin thérapeutique ont vocation à s'ouvrir sur le village afin que les personnes âgées de la commune puissent en bénéficier au besoin, de même les activités d'animation peuvent l'être afin de favoriser les liens sociaux (via un accueil de jour actuellement à l'étude). Dans le même temps cela permet de valoriser l'image de l'établissement auprès des personnes âgées vivant à domicile dont un des projets est peut-être à terme de l'intégrer.

ii. Le territoire une ressource pour l'établissement

Le territoire est aussi une ressource pour l'établissement. Ainsi, le centre socio-culturel de la communauté des communes est situé dans le même bâtiment que l'EHPAD. Une convention l'unit à l'EHPAD pour bénéficier des services de la bibliothèque (portage de livres et accès libre à la bibliothèque, actions proposées par la bibliothèque, etc.) et de l'animateur NTIC. De même, dans le cadre d'une pérennisation de poste d'animateur sportif, une convention de mise à disposition d'un animateur sportif avec la Mairie de Gourdon permet aux résidents de bénéficier d'une activité physique adaptée (APA) une fois par semaine. Enfin, la mairie de Saint Germain met à disposition quelques heures par semaine un agent polyvalent d'entretien et de maintenance et un minibus.

iii. Le GCSMS et la filière gériatrique

Notre établissement est membre fondateur d'un GCSMS (Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale Gérontologique de Bouriane, composé du centre hospitalier Jean Coulon de Gourdon des EHPAD de Salviac, Cazals, Montfaucon, Souillac et Saint Germain, des SSR de Gourdon et de Montfaucon) dont l'objet est la mutualisation des compétences et l'optimisation des équipements afin d'apporter des réponses de qualité aux besoins des personnes âgées du territoire. Un de ses projets phare, en lien avec la délégation territoriale de l'ARS du Lot, est le projet de télé-médecine qui se déploiera à compter de

2018. Sa vocation est de se développer au niveau du département. Dans ce même cadre l'EHPAD bénéficie de l'expertise de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) de l'hôpital de Gourdon et à terme d'un projet d'accueil de jour itinérant avec une permanence un jour par semaine sur notre établissement. Enfin, le GCSM est porteur de la plateforme d'accompagnement et de répit qui mutualise les dispositifs (hébergement temporaire, accueil de jour, information, formation, etc.).

iv. Les autres conventions

L'établissement est signataire de conventions de partenariat avec l'hospitalisation à domicile (HAD) ; l'association ICARE et ASP (soins palliatifs), avec l'Institut Camille Miret de Leyme (géronto-psychiatrie), l'hôpital/SSR de Gourdon, etc. L'établissement développe par ailleurs des partenariats avec divers acteurs tels que les SSIAD, la MAIA, les EPA, etc.

v. L'association des usagers

Outre le groupe de parole, le CVS, le projet d'animation, les bénévoles et l'implication des familles au PAP, l'établissement et ses usagers ont créés une association Loi 1901 (« Les amis du Souleilhou ») dont l'objet est :

- la promotion et le financement d'actions d'animation et d'accompagnement à la vie sociale des résidents de l'EHPAD Le Souleilhou de Saint-Germain du Bel Air ;
- la promotion et le financement de dispositifs et équipements visant à maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance ;
- de faciliter les relations entre résidents dans la vie quotidienne ;
- d'optimiser la mise en relation dans le cadre des activités collectives d'animation à la vie sociale ;
- d'impliquer l'ensemble des acteurs dans la vie institutionnelle et sociale de l'établissement afin de développer les liens sociaux (membres du CA, agents salariés de l'établissement, bénévoles, résidents et leur famille) ;
- de faciliter le maintien des rôles sociaux et des relations des résidents avec leur famille et proches ;
- de renforcer des rencontres avec d'autres citoyens du territoire et favoriser les droits civiques des résidents en ouvrant l'établissement et ce faisant les résidents à et sur l'extérieur.

A ce titre divers partenaires privilégiés ont participé au financement via des subventions à la mise en œuvre du projet : parcours de santé (MSA) et espace multisensoriel snoezelen (Crédit Agricole Gourdon).

7) Les professionnels et les compétences mobilisées

a. Le tableau des effectifs

Fonctions	Equivalent temps plein
Médecin coordonnateur	0.3 ETP
Psychologue	0.3 ETP (dont 0.1 ETP coordination administrative des PAP)
Infirmière coordinatrice	1 ETP
Infirmières	2 ETP
Auxiliaires de soins	10 ETP (dont 2 de nuit)
Assistantes en Gérontologie	1.8 ETP (PASA)
Psychomotricienne	0.5 ETP (animation)
Agents service hôtelier	9 ETP (dont 2 de nuit)
Agents techniques	4 ETP (cuisine)
Animatrice (psychomot.)	0.5 ETP
Agents administratifs	1.7 ETP
Directeur	0.8 ETP

b. Les délégations

Les délégations consistent à confier une/des tâche(s) à d'autres personnes placées sous l'autorité de celui qui délègue. La délégation ne dispense pas celui qui délègue de sa responsabilité. Au Souleilhou, le Conseil d'Administration délègue au directeur un ensemble de tâches et de responsabilités que ce dernier peut subdéléguer à des collaborateurs subordonnés à son autorité. En l'occurrence le directeur délègue un certain nombre de tâches et de missions principalement au(x)/à :

- Médecin coordonnateur
- L'infirmière coordinatrice
- La psychologue
- Infirmières
- L'animatrice (psychomotricienne)
- La responsable restauration
- La responsable hébergement
- La secrétaire comptable

c. La communication interne et les transmissions (fiche action n°20)

La communication interne est un des leviers stratégiques de l'établissement qui vise à sécuriser les parcours des professionnels, les impliquer dans la vie institutionnelle et favoriser la participation de tous. Son objectif est d'optimiser l'organisation et le fonctionnement comme la connaissance des problématiques des résidents afin d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge. Elle est donc à la fois une réponse fonctionnelle, opérationnelle et une valeur ajoutée. Concrètement la communication interne est

l'ensemble des pratiques qui permettent les échanges de messages, de valeurs, d'idées entre les différents professionnels de l'établissement tant sur l'organisation que sur le suivi des résidents. Pour ce faire le Souleilhou dispose de 5 outils :

Les notes d'information : les notes d'information sont rédigées à l'initiative des cadres intermédiaires, des agents de maîtrise et de l'administration aussi souvent que l'exige la situation. Elles visent à informer, à préciser une information, à compléter une information dans le cadre de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement et de ses services.

Les notes de service : les notes de services relèvent des normes internes de l'établissement, à ce titre elles complètent et précisent le Règlement Intérieur de l'établissement et revêtent un caractère obligatoire. Elles s'imposent à tous et le non-respect d'une note de service est susceptible d'entraîner une mesure disciplinaire à l'égard du contrevenant.

Les transmissions écrites : les transmissions écrites relèvent à la fois du partage des informations, notamment dans le cadre du suivi des résidents, et de la traçabilité (démarche qualité) de l'établissement. Ces transmissions engagent celle ou celui qui la rédige et la signe. Ces transmissions écrites s'effectuent sur les logiciels CEDIACTE et IJTrace.

Les transmissions orales : les transmissions orales ponctuent la journée et permettent le passage de relais d'une équipe à l'autre le matin et le soir durant 15 minutes par transmission.

Les réunions : les temps de réunion constituent des moments clés pour le partage et la transmission d'informations tant ascendantes que descendantes. Des cahiers de liaisons permettent à chaque agent d'inscrire à l'ordre du jour de ces réunions les questions qu'il souhaite voir aborder. Un compte rendu est rédigé pour chacune des réunions et est enregistré dans l'intranet.

d. La coordination interne (fiche action n°2)

La coordination interne est la mission de l'infirmière coordinatrice sous l'autorité hiérarchique du directeur et l'autorité fonctionnelle du médecin coordonnateur. C'est une mission qui se trouve à l'interface du sanitaire et du médico-social et qui vise à optimiser le suivi, l'accompagnement et la prise en charge des résidents dans toutes les dimensions de leur vie au sein de l'établissement en intégrant les différentes composantes *du soin au prendre soin*. Dans ce contexte l'IDEC veille à coordonner la cohérence des activités et leur contrôle en veillant à la bonne transmission et compréhension des consignes et informations, des procédures et des protocoles ainsi que des bonnes pratiques professionnelles. Elle est garante de la bonne tenue des dossiers médicaux et élabore les plans de soins. Pour ce faire elle s'appuie sur deux outils fondamentaux dont elle est la garante et dont elle veille à leur bonne mise en œuvre : le projet d'établissement et les projets d'accompagnement personnalisés. Son activité s'articule autour de 6 axes principaux :

- L'accompagnement des résidents et de leur famille
- La coordination des activités de l'équipe soignante
- La gestion et l'animation de la qualité
- La gestion et la planification du personnel soignant
- La logistique soins
- La formation des personnels

Cela implique comme compétences la connaissance du secteur et de la filière gériatrique, la connaissance des spécificités du vieillissement, le management d'équipe et la maîtrise de la conduite de projet.

A l'EHPAD le Souleilhou, cette mission s'inscrit dans un contexte de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité et de transversalité. La **pluridisciplinarité** consiste au croisement de divers regards et recouvre toutes les formes de coopération entre diverses disciplines et différents métiers. Il s'agit donc d'une démarche qui vise à impliquer l'ensemble des personnels autour de problématiques spécifiques (organisation, suivi des résidents, évaluation, etc.). Cette pluridisciplinarité se met en œuvre en réunion pluriprofessionnelle et pour se déployer se fonde sur une méthode : l'interdisciplinarité et la transversalité. **L'interdisciplinarité** consiste au décloisonnement des spécialités et disciplines selon laquelle chacun, avec son expertise, ses savoirs et ses compétences participe à un projet, à une analyse, à une évaluation, collectif et partagé par la collaboration et les échanges. La **transversalité** est la mise en œuvre, face à la complexité notamment d'un accompagnement global du résident, d'un travail commun autour d'un objectif qui dépasse la spécificité des points de vue. C'est le rôle de l'IDEC de veiller en permanence quotidien à respecter l'équilibre nécessaire entre spécificité des tâches de chaque discipline et mise en commun par l'interdisciplinarité et la transversalité de ces spécificités dans l'intérêt supérieur du résident.

e. La GPEC fiche action n°8)

Les lois 2002-2 et 2005-102 obligent à un renforcement du professionnalisme, à développer les savoirs et les savoir-faire des opérateurs, orientation accentuée par les RBPP de l'ANESM et de l'HAS.

La loi du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle visant à préserver l'employabilité des salariés par le Droit à la formation tout au long de la vie et via la négociation d'un accord sur la gestion des emplois et des parcours professionnels complète les précédentes.

C'est une méthode participative et stratégique conçue pour anticiper les conséquences sur l'établissement des évolutions de l'environnement et vise donc à adapter les emplois aux nouveaux besoins issus de la modification de l'environnement (économique, sociale, juridique, etc.). Elle vise à permettre la cohérence entre stratégie de l'établissement, son projet institutionnel et sa politique de GRH en fonction de l'environnement à moyen terme.

Le plan d'action qui en découle vise à : réduire de façon anticipée les écarts entre besoins et ressources humaines de la structure en fonction de sa stratégie ; impliquer le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle afin de s'adapter à son environnement en impliquant tous les acteurs au changement.

C'est donc à la fois une **démarche stratégique** (centrée sur l'évolution qualitative des métiers et des postes de travail par la définition d'une politique du personnel en évaluant les compétences qui se révéleront indispensables) et une **démarche participative** qui exige de connaître les activités qui se déroulent au quotidien aussi l'analyse doit se faire avec les agents dont les postes constituent l'objet de cette analyse. Enfin elle se veut être aussi une **logique de décloisonnement** en repensant les relations entre les différents postes de travail ou les métiers au sein de la structure par le repérage des différents savoir-faire utiles aux différents endroits et moments de l'organisation pour sortir de spécialités qui clôturent le fonctionnement. Cela passe par l'identification de compétences transversales ou complémentaires visant à favoriser la **transdisciplinarité** et l'**interdisciplinarité** par la création de passerelles d'un poste à un autre d'une fonction à une autre.

Il s'agit ici d'un plan de développement stratégique issu de trois constats majeurs :

- Le passage de l'établissement d'une structure de type logement foyer à un EHPAD
- La loi ASV avec comme conséquence d'une part la montée de la dépendance et l'augmentation des maladies neurodégénératives
- Les droits des résidents et le développement de la bienveillance

Finalités : Ajuster les ressources humaines en termes de compétences et d'effectifs au projet d'établissement du fait d'une évolution constante de l'environnement (loi ASV et augmentation de la dépendance et des troubles cognitifs) => **Points d'entrée** : impact sur les compétences, les postures professionnelles, l'organisation du travail en lien avec la stratégie et le PE à savoir devenir d'incontestables professionnels de la dépendance et des troubles du comportement => **Etapes** : implique de connaître les emplois et leur évolution en termes de compétences en lien avec les besoins des usagers et donc évaluer ces compétences, identifier les besoins futurs et réduire les éventuels écarts => **Outils** : emploi-type (fiche de fonction et répertoire des métiers), référentiel de compétences, entretiens professionnels, pyramide des âges et tableau des flux, emploi-cible, structure cible, étude de poste, plan de formation, indicateurs de suivis et d'évaluation => **Produits de sortie** : Politique de recrutement et plan de formation, changements organisationnels, mobilité professionnelle, transversalité et pluridisciplinarité.

f. Le plan de formation

Dans les années à venir les EHPAD auront à accueillir des personnes âgées plus dépendantes, atteintes de plusieurs pathologies chroniques, en particulier

neurodégénératives et psychiatriques, parfois en fin de vie caractérisant ces établissements comme des lieux de soins.

Dans le même temps, établissement médico-social, l'EHPAD est également et prioritairement un lieu de vie.

Ainsi les EHPAD ont pour mission prioritaire de prendre soin au sens le plus large du terme (du *cure* au *care*), c'est-à-dire de offrir à la personne âgée un cadre de vie confortable et sécurisant ; des accompagnements dans les tâches de la vie quotidienne ; des services de soins et d'hygiène du corps ; des repas et des animations en tenant compte de ses besoins et de ses goûts ; des activités de maintien ou de réhabilitation de ses capacités motrices, sensorielles et cognitives afin de maintenir ses liens avec ses proches et avec la vie sociale (inclusion).

Les EHPAD sont donc des plateformes multiservices à destination des personnes âgées en situation de dépendance et de vulnérabilité voire de personnes handicapées vieillissantes. Toutefois le contexte budgétaire et financier les contraint, conformément aux dispositions législatives, à développer le partenariat et la coordination dans un ancrage territorial passant ainsi d'une logique d'établissement à une logique de territoire afin d'assurer un véritable parcours de soins et de vie en s'inscrivant dans la filière gériatrique du bassin de santé dans lequel l'établissement s'inscrit (hôpitaux, EMG, SSR, SSIAD et SAAD, HAD, télémédecine, MAIA, équipes mobiles de soins palliatifs, etc.). Dans le même temps, notamment via la loi ASV, les démarches préventives et proactives en faveur du maintien de l'autonomie se développent et se développeront davantage, sans omettre l'aide aux aidants.

De ce fait les EHPAD devront accueillir des personnes plus âgées, plus dépendantes, mais également en fin de vie orientant ainsi l'établissement vers une spécialisation : la grande dépendance.

Ce contexte et cet environnement exige à la fois de diversifier l'offre de service et de développer la qualité en termes de compétences et de qualifications qui prennent en compte des conditions de travail plus difficiles pour les agents avec des relations avec les familles plus complexes dans un environnement social qui se doit d'être de proximité.

Cette médicalisation et cette diversification des services s'incarnent/ront dans notre établissement dans le PASA et l'hébergement temporaire, ainsi que par une unité dédiée aux maladies neurodégénératives et la mise à disposition de nos locaux un jour par semaine pour l'accueil de jour itinérant de l'hôpital de Gourdon. Elle passe également par le « parcours de prise en soins » qui permet de dépasser la logique institutionnelle étroite du seul établissement afin de proposer des réponses globales, fluides et adaptées.

Dans cette perspective l'axe stratégique qui se dessine est le suivant :

- S'inscrire dans la filière sanitaire et gériatrique pour assurer un parcours de soins qui évite les situations de rupture dans la prise en charge comme les

hospitalisations indues et prévienne l'aggravation de la dépendance en développant des activités connexes, en s'appuyant sur la proximité des métiers et des compétences (gériatriques et sanitaires) : soins infirmiers (HAD), soins palliatifs (Icare), consultations mémoire (EMG), télémédecine. Cela passe par un travail en réseau avec les acteurs du bassin de santé et au-delà du département via notamment le GCSMS Bouriane. Cela passe également par une offre de service diversifiée et ouverte sur le territoire : PASA, Hébergement Temporaire, Accueil de Jour, unité Alzheimer, soins palliatifs et accompagnement à la fin de vie. Cet axe s'articule avec le développement de la bientraitance et le respect des droits des usagers. Cela ne sera possible qu'avec un plan de formation adapté, orienté et ambitieux qui découle d'une GPEC avec comme objectif central la pluridisciplinarité.

Deux logiques se dessinent : de *prescription* (détermination des besoins de formation à partir des postes, à court terme, mode collectif) ; de *négociation* (détermination des besoins de formation dans une logique d'évolution des emplois sur le long terme, parcours individualisé).

Au regard de ces éléments généraux, le plan de formation est le document de référence formalisé qui traduit la politique de formation de notre collectivité pour une durée déterminée. A ce titre il présente une définition des objectifs et priorités du plan en lien avec les projets de l'établissement ; une liste organisée des actions (par axe, objectifs et services) ; une programmation des actions et leurs modalités de réalisation (interne, prestataire, collectif/individuel, etc.) ; une déclinaison des formations par catégorie (formations statutaires obligatoires d'intégration et de professionnalisation, de perfectionnement, de préparation aux concours et examens professionnels) ; les actions de formation demandées dans le cadre du DIFP, la VAE, un dispositif d'évaluation des actions et du plan de formation. Il s'agit d'un document de formalisation des besoins en formation de l'ensemble des agents mais également d'un document de communication et de référence à l'usage de tous, à cet égard il constitue un outil de pilotage de la formation et de gestion des ressources humaines.

g. Le soutien des professionnels

i. Groupe d'analyse des pratiques professionnelles

Dans le cadre de la sécurisation des professionnels sur le poste de travail et au sein de l'établissement, et dans la perspective de la promotion de la bientraitance, la psychologue de l'établissement anime en toute indépendance et à partir d'une charte déontologique qui garantit aux agents la confidentialité et la liberté de parole un atelier avec deux axes selon une planification qui lui appartient.

- Un Groupe d'analyse de pratiques professionnelles dont l'objectif est de développer la réflexivité autour des pratiques professionnelles mobilisées et mises en œuvre au quotidien afin de les adapter aux besoins et au contexte ;

- Une supervision dont l'objectif est de permettre aux agents qui le souhaitent d'analyser leurs ressentis face aux situations complexes d'accompagnement qu'ils rencontrent.

Les exigences de la direction autour de cet atelier est triple :

- Prévenir les risques psycho-sociaux et donc être informé des risques potentiels ;
- Evaluer les besoins en formation et en être informé ;
- Engager les agents dans un accompagnement face aux changements et aux évolutions des pratiques professionnelles autour d'un processus qui développe les bonnes pratiques professionnelles conformément aux recommandations de l'ANESM (co-construction du sens des pratiques et améliorations des techniques professionnelles)

L'objectif est par ailleurs de développer un sentiment d'appartenance en développant la transdisciplinarité et l'identité professionnelle des agents.

ii. L'assistant de prévention et le DUERP (fiche action n°11)

L'assistant de prévention est le référent de proximité en matière de prévention des conditions de travail (décret n°2012-170 du 3 février 2012). La mission de l'assistant de prévention est d'assister et de conseiller la direction auprès de laquelle il est placé, dans la démarche d'évaluation des risques et dans la mise en place d'une politique de prévention des risques ainsi que dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail visant à :

- Prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé des agents ;
- Améliorer les méthodes et le milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents ;
- Faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;
- Veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières et à la bonne tenue du registre de santé et de sécurité au travail dans tous les services.

Au titre de cette mission, il :

- Propose des mesures pratiques propres à améliorer la prévention des risques ;
- Participe, en collaboration avec les autres acteurs, à la sensibilisation, l'information et la formation des personnels ;
- Il tient et met à jour le registre de Santé et Sécurité au travail ;
- Tient à jour le document de prévention des risques et le plan d'actions.

L'établissement devra procéder à la désignation de cet assistant (fiche action n°11).

iii. Les enquêtes de satisfaction

Chaque année est effectuée une enquête de satisfaction auprès des professionnels de l'établissement afin d'analyser les conditions de vie au travail des agents. Cette enquête abonde le document de prévention des risques et complète par croisement les entretiens professionnels annuels.

iv. Les entretiens annuels

[Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;](#)
[Loi n°84-53 du 26 janvier 1984 relative au statut de la fonction publique territoriale \(FPT\) ;](#)

[Décret n°2014-1526 du 16 décembre 2014 relatif à l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires territoriaux \(FPT\) ;](#)

[Décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale \(FPT\) ;](#)

[Circulaire du 6 août 2010 relative à l'entretien professionnel dans les collectivités territoriales.](#)

Qu'il soit titulaire ou contractuel (CDD et CDI), chaque agent de l'établissement est évalué annuellement dans le cadre d'un entretien individuel. L'évaluation est prise en compte pour l'avancement et la fixation de certaines primes. Cet entretien est conduit par le supérieur hiérarchique N+1 qui en fixe la date et convoque l'agent au moins 8 jours avant. Il est mené à partir d'une grille d'analyse et sur la base de la fiche de poste de l'agent. Il porte sur les points suivants :

- Résultats professionnels obtenus en fonction des objectifs assignés et des conditions d'organisation et de fonctionnement du service ;
- Objectifs pour l'année suivante et les perspectives d'amélioration des résultats professionnels ;
- Manière de servir ;
- Acquis de l'expérience professionnelle ;
- Besoins de formation ;
- Qualités d'encadrement (s'il y a lieu) ;
- Perspectives d'évolution de carrière (préparation aux concours de la fonction publique, par exemple).

L'appréciation de la valeur professionnelle s'appuie sur des critères d'évaluation fixés après avis du comité technique du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du département. Ces critères portent notamment sur les points suivants :

- Efficacité dans l'emploi et la réalisation des objectifs ;
- Compétences professionnelles et techniques ;
- Qualités relationnelles ;
- Capacité d'encadrement ou à exercer des fonctions d'un niveau supérieur.

Un compte rendu est rédigé avec une appréciation du supérieur hiérarchique sur la valeur professionnelle de l'agent. Il est notifié à l'agent dans un délai de 15 jours et l'agent peut le compléter par ses éventuelles observations. Il atteste en avoir pris connaissance en le signant et le retourne à son supérieur qui le vise ainsi que le Président du CCAS. Il est classé dans le dossier personnel de l'agent.

L'agent qui souhaite contester le compte-rendu ou le déroulement de l'entretien a deux voies de recours : la demande de révision et le recours gracieux ou contentieux.

Demande de révision : s'il est en désaccord avec le contenu ou le déroulement de l'entretien, l'agent peut demander la révision du compte rendu auprès de l'autorité territoriale, dans les 15 jours suivant sa notification. L'autorité territoriale a 15 jours pour lui répondre. En cas de réponse défavorable, le fonctionnaire peut saisir la CAP dans un délai d'un mois. Après avis de la CAP, l'autorité territoriale communique à l'agent le compte rendu définitif et le verse à son dossier.

Recours gracieux ou contentieux : en cas de désaccord avec le résultat de l'entretien, l'agent peut également utiliser des voies de recours. L'agent peut saisir le tribunal administratif dont il dépend, sans avoir fait de demande de révision ou de recours gracieux. Il dispose pour cela d'un délai de 2 mois :

- après la notification du compte-rendu,
- la réception de la réponse de l'autorité territoriale à la demande de révision,
- la communication du compte rendu révisé après avis de la CAP,
- ou le rejet de son recours gracieux.

h. Réunions et groupes de travail

La réunion pluriprofessionnelle : animée par le directeur elle se tient une fois par semaine (le jeudi après-midi) et réunit l'ensemble des agents en service. Compte tenu du roulement des plannings cela permet à chaque agent de participer à deux réunions pluriprofessionnelles par mois. Elle se tient à partir d'un ordre du jour et fait l'objet d'un compte rendu enregistré dans l'intranet et consultable par tous. Il est recommandé, et c'est de la responsabilité de chaque agent d'en prendre connaissance au même titre que les transmissions. Un cahier est à la disposition des agents au secrétariat afin d'inscrire à l'ordre du jour les sujets qu'ils souhaitent voir aborder. L'ordre du jour est structuré autour de 5 items :

- Organisation et fonctionnement
- Démarche de progrès
- Projets annexes
- Suivi des résidents
- Questions diverses

La réunion soin : animée par le médecin coordonnateur elle aborde les questions relatives au soin soit au niveau institutionnel soit au niveau individuel. Elle se réunit tous les 15 jours

(le mercredi) avec les seuls personnels soignants garants de la confidentialité et du secret médical. Les NPIES y sont évalués.

Les réunions de services (régulation) : des réunions de service sont mises en place aussi souvent que nécessaire à l'initiative : de l'IDEC, du médecin coordonnateur (soins), des agents de maîtrises (restauration et service hôtelier), des personnels administratifs, du directeur (administration, organisation, fonctionnement, projets, démarche qualité et cadres intermédiaires et agents de maîtrise).

Des réunions **PASA** sont programmées à raison d'une par mois et sont animées par le directeur.

Des réunions **hébergement temporaire** sont organisées et programmées une fois par trimestre.

Les groupes de travail : des groupes de travail sont mis en place et font l'objet de réunions régulières pour : la **GPEC**, la **démarche de progrès** (qualité, tous les trimestres).

Les comités et commissions : la commission **repas** se tient tous les deux mois et la commission **animation** et accompagnement à la vie sociale tous les trimestres.

8) Les objectifs d'évolution, de progression et de développement

La notion de **personne âgée en perte d'autonomie** recouvre l'ensemble des personnes de 70 ans et plus (parfois moins) toujours autonome mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer momentanément ou durablement pour des raisons d'ordre médical et/ou social. Selon les données de la Sécurité sociale (2013) :

- 85% de ces personnes ont au moins une pathologie
- 57% sont atteintes d'une ALD (affectation longue durée)
- 29% souffrent au moins d'une pathologie cardio-vasculaire
- 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 pour une durée moyenne de 12 jours
- 7 molécules leur sont en moyenne délivrées au moins 3 fois par an.

Par ailleurs, quatre facteurs majeurs d'hospitalisation de ces populations ont été ciblés :

- Problèmes liés aux médicaments (iatrogénie et difficulté d'observance)
- Dénutrition
- Dépression
- Chutes

A cela s'ajoute la problématique cruciale et aigüe des maladies neurodégénératives en augmentation constante (Alzheimer et apparentées). Ces facteurs d'hospitalisation, associés à des pathologies d'organes ou invalidantes, peuvent et doivent faire l'objet d'une **prévention** efficace notamment par une meilleure coopération et coordination entre les secteurs et les professionnels qui prennent en charge ou accompagnent la personne âgée.

Le Lot recense **23 286 personnes âgées de 75 ans et plus** et s'avère être un des départements français les plus impactés par le vieillissement de la population selon les données INSEE (2009), en tout cas davantage que la moyenne nationale : 13.2% pour notre département, 10.4% pour la région Midi-Pyrénées et 8.9% pour le pays. Cette tendance est confirmée pour la population de 85 ans et plus : 3.05 pour le département contre 2.5 au niveau national. Cependant, au niveau local si le bassin de Cahors enregistre le plus fort taux, celui de Gourdon est le plus faible du département. Enfin, le taux de croissance durant la décennie 1999-2009 est de 2.9% mais de 3.5% sur le bassin de Gourdon. De même on constate un nombre de bénéficiaire de l'APA plus élevé que sur le territoire métropolitain (24.3% contre 21%), à noter que ces bénéficiaires sont majoritairement en institution dans le nord du département (100.7 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus sur le territoire de Gourdon) et à l'inverse majoritairement à domicile dans le sud. Fait remarquable 44.1% des personnes âgées de 80 ans et plus vivent seules, 42.3% sur le territoire de Gourdon avec une constatation : la diminution des plans d'aide de l'APA à domicile.

S'agissant de l'offre d'accueil des personnes âgées en hébergement médicalisé le Lot enregistre une capacité de 3 067 places en 2004 dont 1 463 en EHPAD soulignant la nécessité d'un effort de médicalisation à réaliser sur le département, puisqu'avec 81 lits médicalisés pour 1000 personnes de 75 ans et plus, notre département est inférieur à la moyenne nationale (taux d'équipement médicalisé pour 1000 personnes de 75 ans et plus : 104.9 dans le Lot contre 113.5 en France métropolitaine). La transformation du Souleilhou en EHPAD correspond à l'effort entrepris depuis 2002. Si les bassins de Figeac et de Saint-Céré sont correctement dotés celui de Cahors est le plus faiblement doté tandis que le bassin de Gourdon est dans la moyenne départementale.

Si on se penche sur le GIR, c'est le GIR 2 qui est majoritairement représenté et un GIR 1 parmi les plus élevés de France avec 83% des GIR 1 en institution, soit un quart des personnes accueillies au niveau départemental. Soit un taux d'institutionnalisation des GIR 1 & 2 de 73.3% dans le département et 74.8% sur le territoire de Gourdon. Une des conséquences et un des points de vigilance sur notre département est de redéfinir les compétences entre EHPAD et hôpital afin de favoriser la réalisation d'actes sur place, sans nécessité d'hospitalisation (ce qui induit le renforcement de capacités du personnel et une sensibilisation des médecins traitants, un développement de l'HAD et un déploiement de la télémédecine).

S'agissant de l'accueil séquentiel sur le département du Lot, l'offre est légèrement inférieure aux données régionale et nationale avec 1.4 place d'hébergement temporaire pour 1000 personnes de 75 ans et plus (1.54 sur la région et 1.55 au niveau national) avec une offre surtout concentrée sur Figeac et Saint-Céré. Soit 20 places d'hébergement temporaire sur le département avec un taux d'occupation relativement faible (30%) en raison du coût mais également des modalités d'utilisation d'un tel dispositif (absence de projet). **Autre frein les durées de séjours trop élevée (1 mois) quand la demande relève principalement de séjour de courtes durées de répit de 1 à 2 semaines, c'est pourquoi notre projet se propose de réserver 2 chambres d'hébergement temporaire sur les 4 acquises exclusivement pour des séjours de courtes durée (1 à 2 semaines renouvelable).**

a. Les perspectives d'évolution

Dans ce contexte les perspectives d'évolution se caractérisent par une montée en puissance de la charge en soins et en dépendance pour notre établissement conjoint avec une augmentation de l'âge moyen, ce que soutient la loi ASV. Ainsi avec comme priorité le maintien à domicile les EHPAD se verront dans les années futures de plus en plus médicalisés. Cela exige de notre part une anticipation sur nos capacités d'accueil en termes de compétences, de pratiques professionnelles et de dispositifs. A titre d'exemple la notion d'accompagnement qui fonde le secteur médico-social doit considérer ces aspects et notre établissement devra dans les prochaines années améliorer cet accompagnement par la formation mais également par le développement en interne des postes d'auxiliaire de vie si notre souhait est bien de respecter les droits des résidents et singulièrement celui à une qualité de vie d'un bon niveau. Dans le même temps la

transversalité devra être développée si l'on souhaite inscrire nos pratiques dans la pluridisciplinarité seule réponse adéquate à un accompagnement global. Enfin, du fait de l'augmentation de l'âge moyen des résidents et de leur dépendance accrue, notre structure a le devoir d'anticiper et de s'engager dans une professionnalisation s'agissant de l'accompagnement de la fin de vie comme dans la prise en charge sanitaire et son corolaire la prévention (des chutes, des escarres, de la dénutrition, etc.). Dernier aspect, et non des moindres, notre établissement doit être en capacité d'accueillir et d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées affectées par une maladie de type Alzheimer et ou ayant des facultés cognitives altérées.

b. L'amélioration de la qualité (fiche action n°10)

L'établissement ne disposait pas de démarche d'amélioration continue de la qualité. Depuis janvier 2017 cette aporie a été corrigée par la mise en œuvre de l'évaluation interne et la réactualisation du projet d'établissement. Un comité de pilotage et de suivi a été mis en œuvre ainsi que des groupes de travail sur la base des RBPP de l'ANESM. Le présent projet d'établissement résulte de ces travaux. Dans le même temps, afin d'optimiser la démarche et la traçabilité l'établissement a investi dans un outil.

i. L'outil IJTrace et la traçabilité des soins

Le logiciel IJTrace est un outil qui permet aux établissements de mettre en place une démarche qualité performante, une autoévaluation (évaluation interne) et tous les processus, protocoles et documents de mise en œuvre de planification et de suivi de la démarche qualité :

- Gestion documentaire, l'organisation et la sécurisation de l'information
- La gestion et la déclaration des évènements indésirables, les conduites à tenir
- Les enquêtes de satisfaction et leur traitement
- Le suivi des plans d'action dont celui du projet d'établissement
- La traçabilité des métiers
- La déclaration et la gestion des évènements indésirables

Pour la traçabilité des soins quotidiens l'établissement s'est équipé de tablettes numériques connectées au logiciel CEDIACTE afin de mettre en œuvre une organisation et des pratiques qui favorisent les coopérations et la coordination interne mais également externe (avec les partenaires intervenant sur l'établissement : pharmacien, libéraux médicaux et paramédicaux) par la mobilisation d'un système d'information de santé performant (*cf. 2° art. R 314-163*).

Cet outil permet d'améliorer la prise en charge en soins pour :

- Optimiser et sécuriser le plan de soins infirmier par une traçabilité effective ;
- Tracer *in vivo* les constantes et autres suivis médicaux et paramédicaux ;
- Etre pro actif en matière de soins et de prévention ;

- Consolider les transmissions et les coordinations internes quant aux soins ;
- Actualiser au fil de l'eau le DU du résident tout en le sécurisant (confidentialité) ;
- Dégager de la productivité pour les agents ;
- Développer le système d'information informatique de l'établissement et ainsi les compétences numériques des agents.

ii. Le comité de suivi et les groupes de travail

Le comité de pilotage et de suivi est composé :

- De la Présidente adjointe du CCAS, Madame LEPOINT (ancienne directrice des logements foyer)
- Du directeur, Monsieur ENCINAS
- Du médecin coordonnateur, Monsieur ITIER
- De l'IDEC, Madame FYVEY
- De la psychologue, Madame DEVIERS

Son rôle consiste à l'organisation, au pilotage et au suivi de la démarche, il prend les décisions, définit les priorités et supervise l'avancée de chaque action et du plan d'amélioration. Il en évalue l'évolution et les résultats. Il se réunit deux fois par an.

Les groupes de travail sont au nombre de 5 :

- Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs (réfèrent B. ENCINAS, directeur)
- Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents (référente M. FYVEY, IDEC)
- Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement des situations de dépendance (référente M. DEVIERS, psychologue)
- Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement (référente M. LEYRAT, IDE)
- Axe 5 : L'accompagnement de la fin de vie (référente M. GOMEZ, IDE)

Le docteur ITIER intervient sur chacun des 5 axes dans le cadre de sa mission de coordination et de transversalité.

Le rôle de ces groupes de travail consiste à la définition du cadre évaluatif, au recueil et à l'analyse des données et sources documentaires, à la définition de perspectives d'évolution et d'amélioration, à la mise en œuvre des actions validées par le comité de pilotage. Ils sont composés de telle sorte que prime la pluridisciplinarité (chaque groupe est composé d'au moins un auxiliaire de soins, d'un agent de service hôtelier/administratif/adjoint technique) afin de croiser les regards des différents acteurs. Ils se réunissent une fois par trimestre.

iii. La gestion des événements indésirables (GEI) (fiche action n° 10)

La gestion des événements indésirables et leur déclaration vise à garantir aux usagers une protection et une sécurité maximale dans leur accompagnement et leur prise en charge ; à promouvoir la bientraitance et prévenir les risques de maltraitance. C'est également un levier managérial et un outil de communication qui s'inscrit dans une démarche de progrès et d'amélioration.

La circulaire n°DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014, relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS met l'accent sur cet objectif. Il est nécessaire d'insister sur l'importance d'un renforcement des signalements aux autorités administratives, démarche qui est rendue obligatoire dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

A ce titre, il est rappelé que ce protocole doit être utilisé pour tous les établissements de compétence d'autorisation exclusive de l'ARS et de compétence d'autorisation conjointe ARS/Conseil Départemental, dans les délais impartis, pour les événements indésirables ou les situations menaçant ou compromettant la santé ou la sécurité des personnes prises en charge. Les faits susceptibles de relever de qualifications pénales doivent être signalés aux autorités judiciaires conformément à l'article 40 du Code de procédure pénale et à l'article 434-3 du Code pénal.

Au Souleilhou la déclaration des événements indésirables s'effectue via le logiciel qualité IJTrace. Un COPIEL d'analyse se réunira tous les trimestres afin d'apporter les réponses et corrections nécessaires. Ce Comité de pilotage est composé du médecin coordonnateur, de la psychologue, de l'infirmière coordinatrice et du directeur

c. Le plan d'action sur 5 ans

EHPAD Le Souleilhou	
Fiche action 1	Développer et stabiliser la coordination externe Echéance novembre 2022 Ensemble de l'établissement Responsable institutionnel : Médecin coordonnateur
Fiche action 2	Développer et stabiliser la coordination interne Echéance janvier 2022 Ensemble de l'établissement Responsable institutionnel : IDEC

Fiche action 3	<p>Développer l'accompagnement fin de vie</p> <p>Echéance décembre 2019</p> <p>Service soins</p> <p>Responsable institutionnel : IDE</p>
Fiche action 4	<p>Développer l'accompagnement à la vie sociale</p> <p>Echéance 1° semestre 2019</p> <p>Service animation</p> <p>Responsable institutionnel : Psychomotricienne</p>
Fiche action 5	<p>Développer les pratiques professionnelles afin de garantir le maintien de l'autonomie et de prévenir la dégradation de la dépendance (notamment celle induite par les soins : dépendance iatrogène évitable)</p> <p>Echéance 2021</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Responsable institutionnel : Psychologue & psychomotricienne</p>
Fiche action 6	<p>S'inscrire dans le développement durable (circuits courts)</p> <p>Echéance 2020</p> <p>Service restauration</p> <p>Responsable institutionnel : Responsable restauration</p>
Fiche action 7	<p>Accueillir dans des conditions dignes et sécurisées les personnes atteintes de maladies neurodégénératives</p> <p>Echéance 2022</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Responsable institutionnel : Directeur</p>
Fiche action 8	<p>Mettre en place la GPEC et le plan de formation institutionnel pluriannuel</p> <p>Echéance juin 2021</p> <p>Administration et interservices</p> <p>Responsables institutionnels : IDEC Directeur et adjoint administratif</p>
Fiche action 9	<p>PAP : garantir les droits la participation et la personnalisation de l'accompagnement des résidents</p> <p>Echéance 2019 et tout au long du processus</p> <p>Tout l'établissement</p>

	Responsable institutionnel : Psychologue & psychomotricienne
Fiche action 10	Mettre en place la démarche qualité et la prévention des risques Echéance 2020 et tout au long du processus Tout l'établissement Responsables institutionnels : IDEC et directeur
Fiche action 11	Désigner un assistant de prévention et mettre en place le DUERP Echéance 2020 Etablissement Responsable institutionnel : Directeur
Fiche action 12	Mettre en place le DARI et son plan d'actions Echéance 2019 Etablissement Responsable institutionnel : IDEC
Fiche action 13	Consolider l'hébergement temporaire Echéance 2019 Soins Responsable institutionnel : IDEC & Directeur
Fiche action 14	Rédiger et développer le projet médical Echéance 2020 et tout au long du processus Soins Responsables institutionnels : Médecin coordonnateur
Fiche action 15	Consolider la maintenance, la sécurité et les contrôles obligatoire Echéance 2020 Etablissement Responsables institutionnels : Directeur
Fiche action 16	Optimiser l'accompagnement médico-social et social des résidents par le recrutement d'une auxiliaire de vie Hébergement Echéance 2021 Responsable institutionnel : Directeur

Fiche action 17	<p>Le circuit du médicament</p> <p>Soins</p> <p>Echéance 2018</p> <p>Responsable institutionnel : IDEC</p>
Fiche action 18	<p>Evaluer de degré de fragilité des personnes</p> <p>Dépendance</p> <p>Echéance 2018 et tout au long du processus</p> <p>Responsables institutionnels : Médecin coordonnateur</p>
Fiche action 19	<p>Mettre en place le plan de sécurisation de l'établissement</p> <p>Hébergement</p> <p>Echéance 2022</p> <p>Responsable institutionnel : Directeur</p>
Fiche action 20	<p>Mettre en place le plan de communication interne et externe</p> <p>Hébergement</p> <p>Echéance 2022</p> <p>Responsable institutionnel : Secrétaire.</p>
Fiche action 21	<p>Diffuser une culture et une méthode partagée</p> <p>Hébergement Soins Dépendance</p> <p>Echéance 2019</p> <p>Responsable institutionnel : Directeur</p>
Fiche action 22	<p>Mettre en œuvre la commission bientraitance</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Echéance 2020</p> <p>Responsables institutionnels : Directeur</p>
Fiche action 23	<p>Optimiser les compétences des soignants en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes atteintes de maladies neuro-dégénérative</p> <p>Echéance 2022</p> <p>Responsable institutionnel : IDEC</p>

Annexes : fiches action et rétroplanning

FICHE ACTION n°1

<u>Intitulé de l'action</u> : développer et stabiliser la coordination externe	
<u>Référent de l'action</u> : Med Co	
Axe stratégique	S'inscrire dans la filière gérontologique Optimiser les interventions des libéraux dans l'établissement Œuvrer pour la mutualisation des protocoles et procédures
Objectif opérationnel	Mettre en place et animer la commission gériatrique Mutualiser des actions dans le cadre de la filière gériatrique (GCSMS) Favoriser la fluidité des parcours Développer la participation à la télémédecine
Description de l'action	Programmer 2 commissions gériatrique par an Définir les actions prioritaires dans le cadre du GCSMS Actualiser les conventions avec les partenaires Rédiger le projet soins de l'établissement
Identification des acteurs	Directeur IDEC Psychologue Intervenants libéraux GCSMS ARS-Pastel
Moyens nécessaires	ETP Médecin coordonnateur
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2018 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2022
Indicateurs de suivi	Nombre de réunions Nombre de convention Nombre d'actions mutualisées
Indicateur d'évaluation	Nombre d'actions mises en œuvre Nombre de participants Nombre d'expertise et de consultations via PASTEL
Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication

FICHE ACTION n°2

<u>Intitulé de l'action</u> : développer et stabiliser la coordination interne	
<u>Référent de l'action</u> : IDEC	
Axe stratégique	Optimiser le fonctionnement interne Définir la notion de référent Délégations IDEC vs IDE vs AS
Objectif opérationnel	Mettre en place et animer une réunion technique Participer aux réunions soins et assurer sa traçabilité

	Identifier les personnes ressources en charge de dossiers Améliorer la traçabilité Améliorer l'accompagnement et les PSI Améliorer l'opérationnalité des PAP
Description de l'action	Structurer l'activité soins en interne Articuler les actions internes avec les actions d'intervenants extérieurs Rédiger les protocoles et procédures nécessaires
Identification des acteurs	Directeur Médecin coordonnateur Psychologue Intervenants extérieurs (HAD, ICARE, etc.) ARS-Pastel
Moyens nécessaires	ETP IDEC (budget soins)
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2018 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2022
Indicateurs de suivi	Nombre de réunions Nombre de protocoles/procédures Nombre de délégations
Indicateur d'évaluation	Nombre de protocoles et de procédures opérationnels Nombre de délégation (référents) Nombre d'évènements indésirables
Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication interne Délégations vs responsabilités

FICHE ACTION n°3

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>développer l'accompagnement fin de vie et soins palliatifs</i>	
<u>Référent de l'action</u> : IDE	
Axe stratégique	Améliorer l'accompagnement du résident et de sa famille en fin de vie dans des conditions dignes et de qualité Eviter les hospitalisations indues Développer et diffuser une culture palliative
Objectif opérationnel	Promouvoir et respecter les directives anticipées Créer des conditions de fin de vie humaines Soulager la douleur (physique et psychologique) Accompagner les familles Décéder au « domicile » qu'est l'EHPAD
Description de l'action	Définir la fin de vie Rédiger les procédures relatives à la mise en place des directives anticipées Rédiger les protocoles soins adaptés à la fin de vie Rédiger les protocoles d'accompagnement des familles Définir les conditions d'intervention des partenaires (HAD, ICARE & ASP) Aménager une chambre mortuaire

Identification des acteurs	Personnels soignants de l'établissement Psychologue HAD Icare ASP Lot Familles
Moyens nécessaires	ETP IDE en charge du projet : 0.1 ETP par semaine (budget soins) ETP Psychologue : deux mercredi après-midi par mois (budget dépendance) Chariot snoezelen (investissement) Chambre mortuaire
Calendrier prévisionnel	Démarrage second semestre 2018 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2019
Indicateurs de suivi	Nombre de résident en fin de vie Nombre de directives anticipées Nombre d'intervention des partenaires extérieurs Nombres de procédures rédigées
Indicateur d'évaluation	Nombre d'accompagnement résident Nombre d'accompagnement famille Nombre d'intervention extérieures Nombre d'hospitalisation
Points de vigilance / pré-requis / BP	Etre identifié comme étant en fin de vie DA rédigées ? Distinguer l'accompagnement du mourant de l'accompagnement des familles Communication

FICHE ACTION n°4

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>développer l'accompagnement à la vie sociale</i>	
<u>Référent de l'action</u> : Psychomotricienne	
Axe stratégique	Faire de l'établissement un lieu de vie en ayant comme souci la qualité de vie Favoriser la participation des résidents Apporter des réponses en matière d'accompagnement à la vie sociale par des activités adaptées Promouvoir la prévention du risque de dépendance
Objectif opérationnel	Mettre en place et animer un groupe de parole Donner plus de visibilité au CVS (par un renvoie systématique à ce dernier par les agents lorsque cela semble pertinent) Ouvrir l'établissement sur et à l'extérieur par des actions concrètes Proposer un programme d'activités diversifiées Diffuser le programme d'activités
Description de l'action	Coordonner animation et vie sociale et articuler cet axe avec les PAP Recueillir les besoins et envies des résidents Planifier les activités et les promouvoir Communiquer sur les activités, le groupe de parole et le CVS
Identification des acteurs	Directeur IDEC et IDE Psychologue & psychomotricienne

	Intervenants extérieurs Bénévoles
Moyens nécessaires	IDE 0.1 ETP hebdomadaire Psychomotricienne (animatrice) 0.5 ETP (hébergement) L'ensemble du personnel Aménager un espace famille salle TV (deux tables un paravent) Acquérir un animal domestique (chat) Un ordinateur (pour la psychomotricienne budget hébergement)
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2018 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2019
Indicateurs de suivi	Nombre de groupe de paroles Nombre d'activités Nombre de participants Nombre d'activité extérieure
Indicateur d'évaluation	Enquête satisfaction annuelle Recueil des avis et besoins via le groupe de parole
Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication interne Susciter le désir

FICHE ACTION n°5

<u>Intitulé de l'action : Développer les pratiques professionnelles afin de garantir le maintien de l'autonomie et de prévenir la dégradation de la dépendance (notamment celle induite par les soins : dépendance iatrogène évitable)</u>	
<u>Référents de l'action : Psychologue & psychomotricienne</u>	
Axe stratégique	Prévenir la perte d'autonomie
Objectif opérationnel	Tout mettre en œuvre notamment par les pratiques professionnelles pour maintenir l'autonomie des résidents
Description de l'action	Favoriser au maximum la « verticalisation » Proposer plusieurs activités qui y contribuent chaque semaine Développer les dispositifs qui participent au maintien de l'autonomie et de la participation (ex. casque audio, etc.) Mettre en œuvre une organisation qui facilite l'autonomie des résidents (repas, toilette, activité sociale et d'animation) Ajuster les miroirs et ajouter une deuxième barre de sécurité dans les SdB et WC collectifs
Identification des acteurs	IDEC Médecin coordonnateur IDE AS ASH
Moyens nécessaires	Psychologue 0.1 ETP hebdomadaire (budget dépendance) Une psychomotricienne 0.5 ETP L'ensemble du personnel

	Plan de Formation
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2018 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2021
Indicateurs de suivi	Nombre de résident dont le niveau de dépendance est stabilisé ou dont la dégradation est contenue Nombre d'actions spécifiques Nombre de procédures et protocoles dédiés
Indicateur d'évaluation	Nombre de participant au parcours de santé et APA Nombre de bénéficiaire de dispositif adaptés Nombre de résident dont la situation est stabilisée
Points de vigilance / pré-requis / BP	Nombre de dégradation et causes Nombre d'évènements indésirables

FICHE ACTION n°6

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>s'inscrire dans le développement durable</i>	
Réfèrent de l'action : Responsable restauration	
Axe stratégique	Améliorer la restauration de l'établissement
Objectif opérationnel	Améliorer la qualité des plats proposés Optimiser la nutrition des résidents
Description de l'action	Favoriser les circuits courts Favoriser les produits de saison Mettre en place une activité animation autour de la restauration Instaurer le « menu des résidents »
Identification des acteurs	Responsable restauration IDEC Médecin coordonnateur
Moyens nécessaires	ETP cuisine (4) Animateur : cuisine thérapeutique
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2018 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2020
Indicateurs de suivi	Nombre d'atelier « cuisine thérapeutique » Fournisseurs locaux Menus
Indicateur d'évaluation	Enquête satisfaction annuelle Recueil des avis et besoins via la commission restauration
Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication interne Susciter le désir

FICHE ACTION n°7

Intitulé de l'action : <i>Accueillir dans des conditions dignes et sécurisées les personnes atteintes de maladies neurodégénératives</i>	
Référent de l'action : Directeur	
Axe stratégique	Maintenir la mixité des publics accueillis Accueillir les personnes atteintes de MND dans des conditions sécurisées et dignes
Objectif opérationnel	Accueillir et accompagner des personnes atteintes par une MND dans une unité dédiée
Description de l'action	Dédier un espace à ce public de manière digne et sécurisée (« Cantou »)
Identification des acteurs	Médecin coordonnateur Psychologue IDEC
Moyens nécessaires	Une auxiliaire de vie (1 ETP) Une ASG (1 ETP) Un espace dédié (coursive = 9 lits) Changer les verrous de chaque chambre (sécurité) Mettre en place un verrou sécurisé avec digicode pour accéder à cet espace
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2020 Implantation graduelle Plaine opérationnalité 2022
Indicateurs de suivi	Nombre de résidents atteints d'une MND admis Nombre de résidents orientés vers le PASA
Indicateur d'évaluation	Nombre d'évènements indésirables Temps consacré à l'accompagnement
Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication interne La question éthique (éthique de conviction vs éthique de responsabilité)

FICHE ACTION n°8

Intitulé de l'action : <i>Mettre en place la GPEC et le plan de formation institutionnel pluriannuel</i>	
Référent de l'action : Adjoint administratif & direction	
Axe stratégique	Maintenir un haut niveau de compétences Anticiper les départs et les besoins Bientraitance institutionnelle
Objectif opérationnel	Développer la GPEC et mettre en place un PF pluriannuel
Description de l'action	Mettre en place un COPIL Mettre en place la GPEC (TdB et analyse) Mettre en place un PF pluriannuel
Identification des acteurs	IDEC Responsable Hébergement

	Responsable Restauration Directeur Secrétaire-comptable
Moyens nécessaires	Dégager un temps hebdomadaire à l'agent en charge du dossier (secrétaire) Budget formation complémentaire à la cotisation CNFPT
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2019 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2022
Indicateurs de suivi	Nombre d'axes prioritaires Retroplanning Nombre de fiches de métier définies Evaluation des besoins et des compétences Nombre de formations collectives Nombre de formation individuelles
Indicateur d'évaluation	Nombre de formation réalisée par agent et par axe prioritaire Retour sur investissement : recueil de l'avis des agents (satisfaction) Turn-over
Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication interne Bonne répartition entre agents et entre axes stratégiques (équilibre) Bonne identification des besoins

FICHE ACTION n°9

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>PAP garantir les droits la participation et la personnalisation de l'accompagnement des résidents</i>	
<u>Référent de l'action</u> : Psychologue	
Axe stratégique	Personnalisation de l'accompagnement Droits à participation
Objectif opérationnel	Mieux faire connaître les droits des résidents Favoriser leur expression et participation
Description de l'action	Planifier le CVS Mettre en place un groupe d'expression/parole Recueillir le consentement éclairé Décliner à toutes les actions de la vie quotidienne le libre choix Mettre en place les PAP
Identification des acteurs	IDEC Psychomotricienne Responsable Hébergement Responsable Restauration Directeur
Moyens nécessaires	IDE (groupe de parole) une fois par mois Coordinatrice PAP (0.1 ETP budget Hébergement) CVS (trois fois par an) Procédure d'admission (consentement éclairé) Procédure PAP Animations (0.5 etp) Budget animation (hébergement)

Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2018 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2019
Indicateurs de suivi	Nombre de résidents connaissant le CVS Nombre de résident connaissant le Règlement de fonctionnement Nombre de PAP actualisé par an Participation des résidents au groupe de parole, à la commission animation et vie sociale et à la commission restauration/hébergement
Indicateur d'évaluation	Enquête satisfaction Nombre de PAP Participants aux animations
Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication autour des droits et des outils de la loi 2002-2

FICHE ACTION n°10

Intitulé de l'action : <i>mettre en place la démarche qualité et la prévention des risques</i>	
Référent de l'action : IDEC et directeur	
Axe stratégique	Amélioration continue de la qualité Diffuser une culture de la qualité
Objectif opérationnel	Prévenir et corriger les risques Amélioration continue de l'accueil de l'accompagnement et démarche de progrès Former et informer les équipes sur la qualité Favoriser la participation des agents Transformer l'institution en organisation apprenante
Description de l'action	Diffuser l'outil IJTrace et former les agents à son utilisation Mettre en place un COPIL Mettre en place la DEI Mettre en place des groupes de travail qualité récurrents et réguliers Réfléchir sur les pratiques professionnelles et les prestations offertes
Identification des acteurs	Directeur et IDEC Référent qualité Psychologue L'ensemble du personnel
Moyens nécessaires	Logiciel IJTrace Formation IJTrace (a minima la secrétaire) Formation à la DQ (secrétaire) Un temps nécessaire pour le secrétariat (0.1 ETP hebdo, hébergement)
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2017 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2020
Indicateurs de suivi	Nombre d'EI déclarés et nombre de réponses Nombre de séances de travail Nombre de propositions/corrections Identifications des écueils et des réussites

Indicateur d'évaluation	Nombre d'EI se répétant Nombre d'EI ayant donné lieu à : une procédure / un protocole / une déclaration Production de l'évaluation interne Production du PE
Points de vigilance / pré-requis / BP	Notion de risque Pédagogie Communication

FICHE ACTION n°11

<u>Intitulé de l'action</u> : Désigner un assistant de prévention et mettre en place le DUERP	
<u>Référent de l'action</u> : Directeur	
Axe stratégique	Qualité de vie au travail Bientraitance institutionnelle
Objectif opérationnel	Prévenir les risques d'usure au travail et les risques psycho-sociaux
Description de l'action	Désigner et former un agent en tant qu'assistant de prévention Mettre en place le DUERPS
Identification des acteurs	L'ensemble du personnel
Moyens nécessaires	Un temps dédié pour l'agent en charge du dossier Formation IJTrace
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2018 Implantation graduelle Plaine opérationnalité 2020
Indicateurs de suivi	Mise en place d'un plan d'action découlant du DUERPS
Indicateur d'évaluation	Nombre d'accident du travail Nombre d'AT Nombre de maladie professionnelle Nombre de postes aménagés
Points de vigilance / pré-requis / BP	Notion de risque

FICHE ACTION n°12

<u>Intitulé de l'action</u> : Mettre en place le plan d'action du DARI	
<u>Référent de l'action</u> : IDEC	
Axe stratégique	Prévention du risque infectieux
Objectif opérationnel	Prévenir les risques d'infection par un traitement performant des équipements, dispositifs etc. conformément au diagnostic
Description de l'action	Planifier le plan d'action du DARI

Identification des acteurs	IDEC Responsable hébergement Responsable restauration
Moyens nécessaires	Désigner un référent hygiène
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2018 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2019
Indicateurs de suivi	Actions mise en place pour répondre au plan d'action
Indicateur d'évaluation	Nombre de vaccination etc
Points de vigilance / pré-requis / BP	Nombre de point évaluation DARI

FICHE ACTION n°13

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>Consolider l'hébergement temporaire</i>	
<u>Référent de l'action</u> : Direction et IDEC	
Axe stratégique	S'ouvrir sur l'extérieur et soulager les aidants
Objectif opérationnel	Prévenir le risque de perte d'autonomie en proposant une solution d'hébergement alternatif sur un mode séquentiel Développer le partenariat territorial
Description de l'action	Mettre en œuvre des actions et des outils de mutualisation avec les partenaires du territoire Communiquer Mettre en place la réunion mensuelle
Identification des acteurs	IDEC MAIA EPA SSR Jean Coulon
Moyens nécessaires	Désigner (recruter) un agent soignant comme référent de l'hébergement temporaire et lui dégager un temps pour la coordination et le suivi (0.5 ETP)
Calendrier prévisionnel	Démarrage second semestre 2017 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2019
Indicateurs de suivi	Nombre de demande (et motifs) en HT sur une année Nombre de demandes émanant d'un partenaire
Indicateur d'évaluation	Nombre d'admission Nombre d'admission provenant d'un SSR / hôpital Nombre de résident intégrant à terme un HP Coordination avec partenaires (mutualisation des compétences de la liste d'attente, etc.) Nombre de réunions

Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication institutionnelle et externe
----------------------------------------------	-------------------------------------------

FICHE ACTION n° 14

<u>Intitulé de l'action</u> : Rédiger et développer le projet soins de l'établissement	
Réfèrent de l'action : Med co	
Axe stratégique	Définir la politique médicale de l'établissement
Objectif opérationnel	Décliner le projet soins en protocoles opérationnels
Description de l'action	Axes stratégiques Protocoles
Identification des acteurs	IDEC IDE AS/ASG/AMP Intervenants libéraux (commission gériatrique)
Moyens nécessaires	Médecin coordonnateur (budget soins) Réunions soins Commission gériatrique
Calendrier prévisionnel	Démarrage premier semestre 2018 Implantation graduelle Pleine opérationnalité 2020
Indicateurs de suivi	Définition d'une politique de soins claire Nombre de protocoles qui déclinent ce projet
Indicateur d'évaluation	Nombre de protocoles identifiés Nombre de protocoles non identifié Identification de l'établissement par les partenaires extérieur au travers de son projet soins
Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication institutionnelle Communication interne et externe

FICHE ACTION n° 15

<u>Intitulé de l'action</u> : consolider la maintenance, la sécurité et les contrôles obligatoires	
Réfèrent de l'action : Directeur	
Axe stratégique	Assurer une maintenance qui permette une sécurisation optimale de l'établissement
Objectif opérationnel	Assurer une logistique efficiente Installer là où c'est nécessaire des digicodes (accès escaliers de service)
Description de l'action	Recruter un agent polyvalent de maintenance et d'entretien
Identification des acteurs	Directeur

Moyens nécessaires	0.5 ETP Agent de maintenance et d'entretien (budget hébergement) Aménager un espace pour l'atelier et un espace bureau (ordinateur et téléphone) partagé (économat)
Calendrier prévisionnel	BP 2019 Pleine opérationnalité 2020
Indicateurs de suivi	Nombre d'événements indésirables
Indicateur d'évaluation	Réponses aux événements indésirables
Points de vigilance / pré-requis / BP	Un agent d'entretien

FICHE ACTION n° 16

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>optimiser l'accompagnement médico-social des résidents</i>	
<u>Référent de l'action</u> : Directeur	
Axe stratégique	Assurer un accompagnement de qualité notamment auprès des résidents en perte d'autonomie en raison d'une MND
Objectif opérationnel	Assurer un accompagnement effectif
Description de l'action	Recruter d'une auxiliaire de vie
Identification des acteurs	Directeur
Moyens nécessaires	0.5 ETP auxiliaire de vie (budget dépendance)
Calendrier prévisionnel	BP 2020 Pleine opérationnalité 2021
Indicateurs de suivi	Nombre d'accompagnement individualisé Nombre d'accompagnement collectif
Indicateur d'évaluation	Diminution de la déambulation Diminution des cris Diminution des angoisses
Points de vigilance / pré-requis / BP	Auxiliaire de vie Qualité de vie

FICHE ACTION n° 17

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>sécuriser le circuit du médicament</i>	
<u>Référent de l'action</u> : IDEC	
Axe stratégique	Sécurisation de la prise en charge du résident

Objectif opérationnel	Sécuriser le circuit du médicament par une procédure efficace
Description de l'action	Recruter un agent polyvalent de maintenance et d'entretien
Identification des acteurs	IDEC, IDE, AS
Moyens nécessaires	Convention avec pharmacie IDEC
Calendrier prévisionnel	Début de l'action : 2018 Pleine opérationnalité 2019
Indicateurs de suivi	Nombre d'événements indésirables
Indicateur d'évaluation	Nombre de réponses aux événements indésirables
Points de vigilance / pré-requis / BP	Lister les molécules recommandées

FICHE ACTION n° 18

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>Evaluer le degré de fragilité des personnes accueillies</i>	
<u>Référent de l'action</u> : Med Co	
Axe stratégique	Adapter en permanence la structure aux profils pathologiques des résidents
Objectif opérationnel	Assurer un suivi régulier et une évaluation du degré de vulnérabilité afin d'adapter les pratiques professionnelles
Description de l'action	Dès l'admission puis régulièrement évaluer le niveau de dépendance des résidents
Identification des acteurs	Médecin coordonnateur, Psychologue et IDEC
Moyens nécessaires	Outils et grilles d'analyse (Cohen Mansfield, NPI-ES etc.) Equipe pluriprofessionnelle
Calendrier prévisionnel	2018
Indicateurs de suivi	Nombre de nouvelles entrées et évaluation afférentes
Indicateur d'évaluation	Nombre de réactualisation des évaluations
Points de vigilance / pré-requis / BP	Régularité de l'action

FICHE ACTION n° 19

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>mettre en place le Plan de Sécurisation de l'établissement (PSE)</i>	
Référént de l'action : Directeur	
Axe stratégique	Sécuriser l'établissement face aux risques extérieurs
Objectif opérationnel	Assurer un cadre de vie sécurisé et limitant les risques d'agression extérieure
Description de l'action	Sécuriser l'établissement d'un point de vue logistique Sécuriser l'établissement par des procédures adaptées
Identification des acteurs	Directeur Agent d'entretien et de maintenance IDEC & Med Co
Moyens nécessaires	PPI
Calendrier prévisionnel	Dès 2019 Pleine opérationnalité 2022
Indicateurs de suivi	Nombre de travaux effectués pour sécuriser l'établissement Nombre de procédures réalisées Nombre de tests effectués
Indicateur d'évaluation	Nombre d'incidents Nombre d'accidents Nombre d'agression / intrusions
Points de vigilance / pré-requis / BP	Notion de risque

FICHE ACTION n° 20

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>Mettre en place le plan de communication interne et externe de l'établissement</i>	
Référént de l'action : Secrétaire	
Axe stratégique	Assurer une communication maîtrisée tant en interne qu'en externe
Objectif opérationnel	Assurer une communication efficiente et identifiée
Description de l'action	Mettre en place les divers outils de communication et leur traçabilité
Identification des acteurs	Directeur Secrétaire
Moyens nécessaires	0.1 ETP de secrétariat
Calendrier prévisionnel	BP 2020 Pleine opérationnalité 2022

Indicateurs de suivi	Plan de communication interne Plan de communication externe
Indicateur d'évaluation	Plan de communication installé
Points de vigilance / pré-requis / BP	Communication auprès des familles

FICHE ACTION n° 21

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>Diffuser une culture et une méthode partagée</i>	
<u>Référent de l'action</u> : Directeur	
Axe stratégique	Développer une cohésion interne par une culture partagée
Objectif opérationnel	Méthode Montessori adaptée et « le prendre soin »
Description de l'action	Former l'ensemble du personnel à la méthode
Identification des acteurs	Directeur IDEC
Moyens nécessaires	3 cycles de formation pour la méthode Montessori 2 cycles de formation pour le « prendre soin »
Calendrier prévisionnel	Montessori : 1° cycle 2017, 2° cycle 2018, 3° cycle 2019 Prendre soin : 1° cycle 2018, 2° cycle 2019
Indicateurs de suivi	Nombre d'agents ayant suivi la formation intra
Indicateur d'évaluation	Nombre d'agent appliquant la méthode de manière active Nombre d'agent appliquant la méthode de manière indirecte
Points de vigilance / pré-requis / BP	Former les nouveaux agents

FICHE ACTION n° 22

<u>Intitulé de l'action</u> : <i>Mettre en place la commission bientraitance</i>	
<u>Référent de l'action</u> : Directeur	
Axe stratégique	Promouvoir la bientraitance
Objectif opérationnel	Développer une culture et une veille de la bientraitance et prévenir la maltraitance
Description de l'action	Analyse des actions Analyse des pratiques professionnelles Actions de formation

	Mettre en place le COPIL Rédiger une charte « bientraitance », la diffuser
Identification des acteurs	Directeur IDEC MedCo Psychologue
Moyens nécessaires	Deux séances par an
Calendrier prévisionnel	2018 => 2020
Indicateurs de suivi	Procédure et protocole Rédaction d'une charte et diffusion
Indicateur d'évaluation	Analyse des EI (nombre d'EI) Analyse des plaintes (nombre de plaintes) Nombre de réponses apportées Nombre d'actions mises en oeuvre
Points de vigilance / pré-requis / BP	GEI

FICHE ACTION n° 23

Intitulé de l'action : <i>Optimiser les compétences des soignants en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes atteintes de maladies neuro-dégénérative</i>	
Référent de l'action : IDEC	
Axe stratégique	Professionaliser et adapter les compétences des auxiliaires de soins aux MND
Objectif opérationnel	Développer les compétences professionnelles en lien avec les caractéristiques du public accueilli
Description de l'action	Former l'ensemble des auxiliaires de soins comme ASG
Identification des acteurs	Directeur IDEC Psychomotricienne
Moyens nécessaires	Formation intra (2 cycles)
Calendrier prévisionnel	2017 => 2022
Indicateurs de suivi	2 agents par an
Indicateur d'évaluation	Qualité de l'accompagnement et de la prise en charge Qualité et sécurisation du travail des agents
Points de vigilance / pré-requis / BP	Récurrence

Retroplanning Plan d'action 2018-2022

Légende : I = Initié ; AC = Action en cours ; F = Action finalisée ; D = Déploiement

Intitulé de l'action	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1 Développer et stabiliser la coordination externe (med co)		I	AC	AC	AC	F
2 Développer et stabiliser la coordination interne (IDEC)		I	AC	AC	AC	F
3 Développer l'accompagnement fin de vie	I	AC	F	D	D	D
4 Développer l'accompagnement à la vie sociale	I	AC	F	D	D	D
5 Développer les pratiques professionnelles afin de garantir le maintien de l'autonomie et de prévenir la dégradation de la dépendance	I	AC	AC	AC	F	D
6 S'inscrire dans le développement durable			I	AC	D	D
7 Accueillir dans des conditions dignes et sécurisées les personnes atteintes de MND				I	AC	F
8 Mettre en place la GPEC et le plan de formation institutionnel pluriannuel			I	AC	F	D
9 PAP : garantir les droits à participation et la personnalisation de l'accompagnement des résidents	I	AC	F	D	D	D
10 Mettre en place la démarche qualité et la prévention des risques	I	AC	AC	F	D	D
11 Désigner un assistant de prévention et mettre en place le DUERP			I	F	D	D
12 Mettre en œuvre le plan d'action du DARI	I	AC	F	D	D	D
13 Consolider l'hébergement temporaire	I	AC	F	D	D	D
14 Rédiger et développer le projet médical		I	AC	F	D	D
15 Consolider la maintenance, la sécurité et les contrôles obligatoires		I	AC	F	D	D
16 Optimiser l'accompagnement médico-social et social des résidents par le recrutement d'une auxiliaire de vie			I	AC	F	D
17 Le circuit du médicament	I	F	D	D	D	D
18 Evaluer le degré de fragilité des personnes			F	D	D	D
19 Mettre en œuvre le plan de sécurisation de l'établissement (PSE)		I	AC	AC	AC	F
20 Mettre en place le plan de communication interne et externe			I	AC	AC	F
21 Diffuser une culture et une méthode partagée	I	AC	F	D	D	D
22 Mettre en place la commission bientraitance			I	AC	F	D
23 Optimiser les compétences des soignants en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes atteintes de MND	I	AC	AC	AC	AC	F