



**PROJET D'ETABLISSEMENT 2016-2021  
ACTUALISATION MAI 2022**

## Table des matières

<b>1. Présentation de l'établissement</b> .....	<b>3</b>
1.1 Histoire et géographie.....	3
1.2 Caractéristiques de la population.....	11
1.3 Caractéristiques du personnel .....	15
<b>2. Le projet d'établissement</b> .....	<b>22</b>
2.1 Le cadre réglementaire .....	22
2.2 Les objectifs.....	22
2.3 Les enjeux.....	22
2.4 La démarche utilisée.....	23
2.5 Le cadrage du projet avec le COPIL.....	24
<b>3. Etat des lieux et diagnostics</b> .....	<b>25</b>
3.1 Méthodologie.....	25
3.2 L'accompagnement médical et de soins .....	25
3.3 La vie sociale des résidents et l'animation .....	27
3.4 Conditions sociales et management.....	29
<b>4. Les valeurs et la vision de l'établissement</b> .....	<b>32</b>
<b>5. Les volets du projet d'établissement</b> .....	<b>33</b>
5.1 Le projet médical et de soins.....	33
5.2 Le projet de vie sociale et animation .....	42
5.3 Projet social et managérial .....	47
5.4 Le projet hôtelier et logistique .....	54
5.5 Le projet qualité, gestion des risques et développement durable.....	58
5.6 Le projet architectural .....	62
5.7 Projet de coopérations.....	65
<b>6 La coordination et le pilotage du projet d'établissement</b> .....	<b>69</b>
<b>7 Conclusion</b> .....	<b>69</b>
<b>8 Annexes</b> .....	<b>70</b>

## 1. Présentation de l'établissement

### 1-1 L'EHPAD de Mellet-Mandard, histoire, territoire géographique et implantation

- ***L'E.H.P.A.D. de Mellet Mandard*** est un établissement public autonome de la fonction publique hospitalière, sis dans la ville de Saint-Just-Saint-Rambert et créé en date de 1900 comme hospice. Auparavant Centre de long séjour, donc établissement public de santé, l'établissement s'est vu appliqué la réforme des unités de soins de longue durée (USLD) fin 2008 : il a été requalifié en établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 pour la totalité de sa capacité, soit 82 lits. Avec cette transformation, l'établissement passe du champ sanitaire à celui du médico-social, ce qui induit notamment un changement de références culturelle (HAS/ANESM, accréditation/évaluations...).
- Cet E.H.P.A.D. est dirigé par Madame DESBORDES, Directrice, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013.
- ***L'implantation géographique de l'EHPAD de Mellet-Mandard dans la Loire***



Situation géographique de Saint-Just-Saint-Rambert dans le département de la Loire (42)

Le département de la Loire compte 753 550 habitants, soit une densité de population de 158 habitants par km<sup>2</sup>, supérieure à la moyenne nationale (117). Cette population est inégalement répartie sur le territoire ligérien avec une concentration urbaine voisinant une désertification rurale.

La part des personnes âgées de plus de 65 ans est un peu plus représentée dans la Loire (20 %) qu'en Rhône-Alpes (17%) et au niveau national (17,7%). Cette modeste surreprésentation des personnes de plus de 65 ans se retrouve, de manière logique, dans l'indice de vieillissement : 82 dans la Loire pour 66,9 en Rhône-Alpes et 72,7 au niveau national.<sup>1</sup>

Pour la maladie d'Alzheimer, la Loire a un taux comparatif de personnes hospitalisées nettement supérieur au taux régional : 328 hospitalisations pour 10 000 habitants de 65 ans et plus dans la Loire pour 250 dans la région.

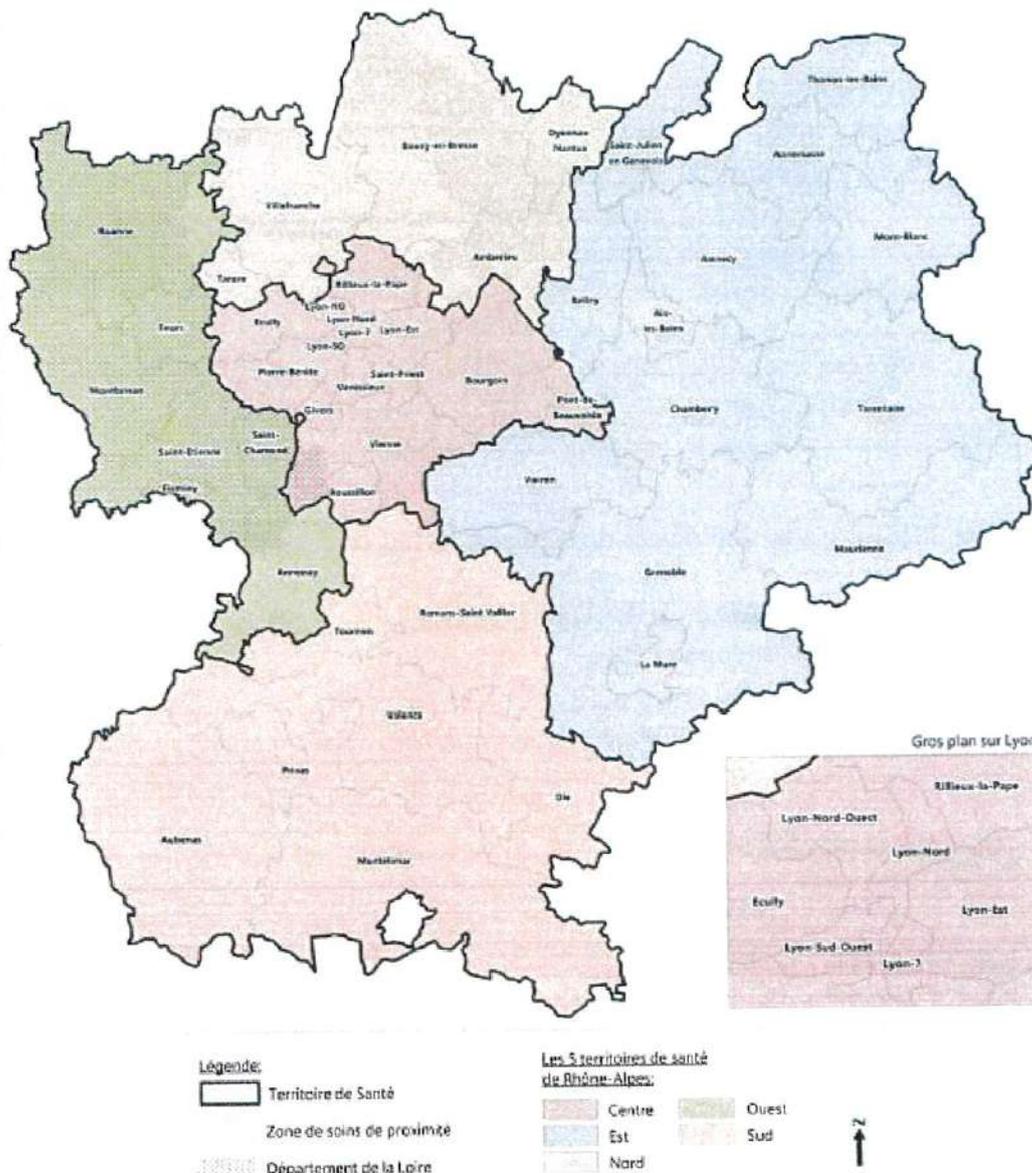
Le contexte de vie des personnes âgées de plus de 75 ans dans la Loire est marqué par une plus forte part de personnes vivant en institution (12,3% dans la Loire contre 9,5 % au niveau national) ou, dans une moindre mesure, vivant seules (39,8% dans la Loire pour 38,8 au niveau national), qu'en couple ou en familles (enfants ou accueil).

Au niveau de la répartition régionale en territoires par l'Agence Régionale de Santé, cette dernière a identifié cinq territoires de santé et l'EHPAD de Mellet-Mandard appartient au **territoire Ouest** qui correspond grosso modo au département de la Loire. Ce territoire, plutôt à dominante urbaine, compte 812 103 habitants. Cette population est répartie sur 7

<sup>1</sup> Source : STATISS 2014 – estimation de population INSEE – résultats provisoires arrêtés fin 2013

zones de soins de proximité : Annonay, Feurs, Firminy, Montbrison, Roanne, Saint-Chamond, Saint-Etienne.

Source: Agence régionale de santé Rhône-Alpes



■ *L'offre médicalisée dans la Loire et le Territoire Ouest*

*Répartition au niveau départemental*

<i>Places installées au 1<sup>er</sup> janvier 2014</i>	Loire	Rhône-Alpes	France
Nombre d'établissements EHPAD	111	691	7 204
Nombre de lits EHPAD hébergement permanent	9 536	54 367	554 218
Taux d'équipement en EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	117,9	99,5	95,1

Sources : DREES ARS FINESS – Données SAE 2013 déclarées par les établissements – base administrative

L'offre quantitative est satisfaisante pour la région et bien supérieure à la moyenne pour la Loire.

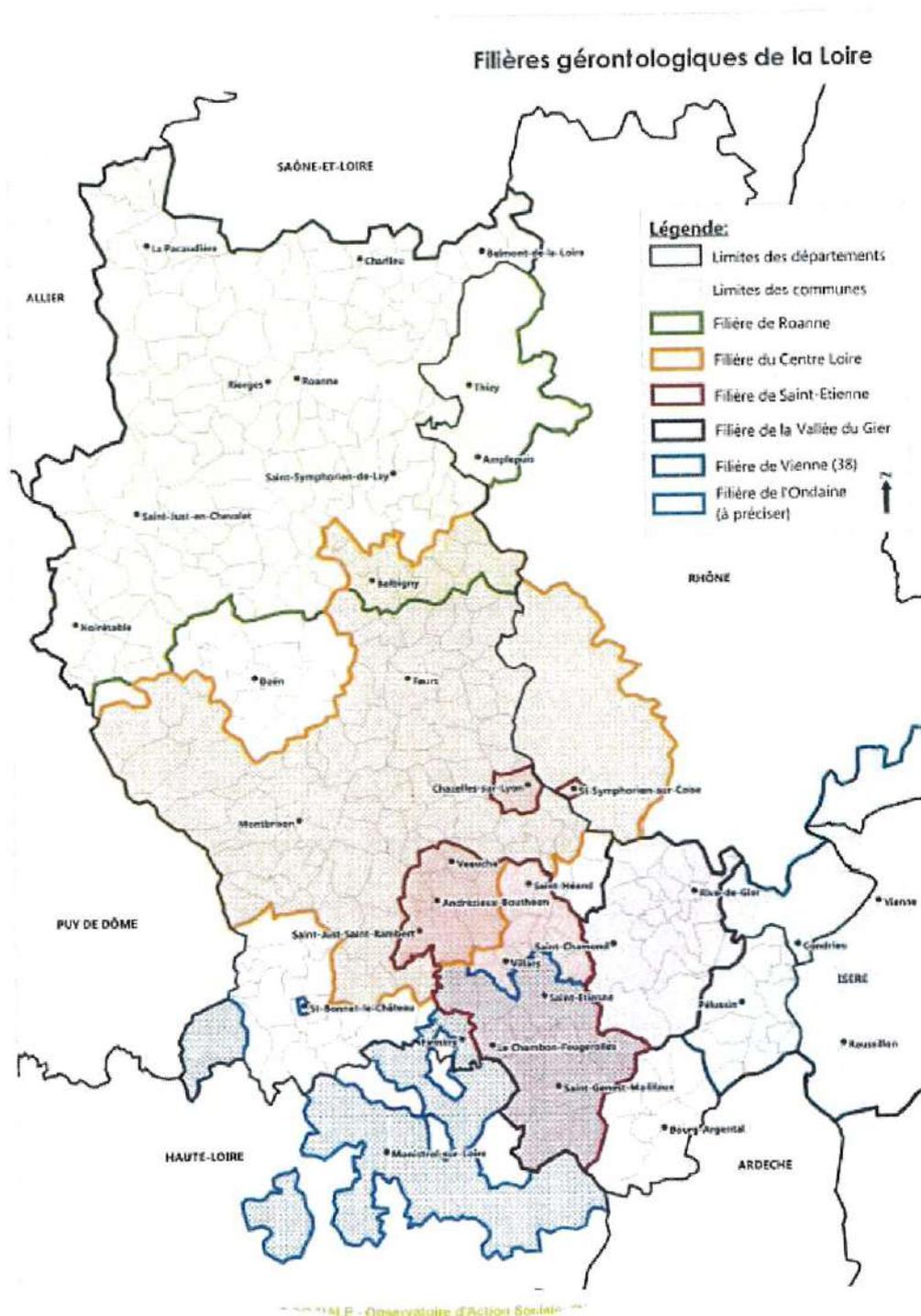
#### *Répartition au niveau des territoires de santé*

<i>Places autorisées en 2016</i>	
Territoire	Places
Est	16 008
Nord	6 258
Ouest	11 767
Centre	14 160
Sud	10 130
Rhône-Alpes	58 323

Entre 2008 et 2013, il y a eu 525 places de créées dans la Loire, dont :

- + 624 places en EHPAD et EHPAD hospitaliers
- - 124 places en foyers-logements
- - 147 places en USLD
- + 108 places en accueil de jour

▪ **L'EHPAD de Mellet-Mandard au sein des filières**



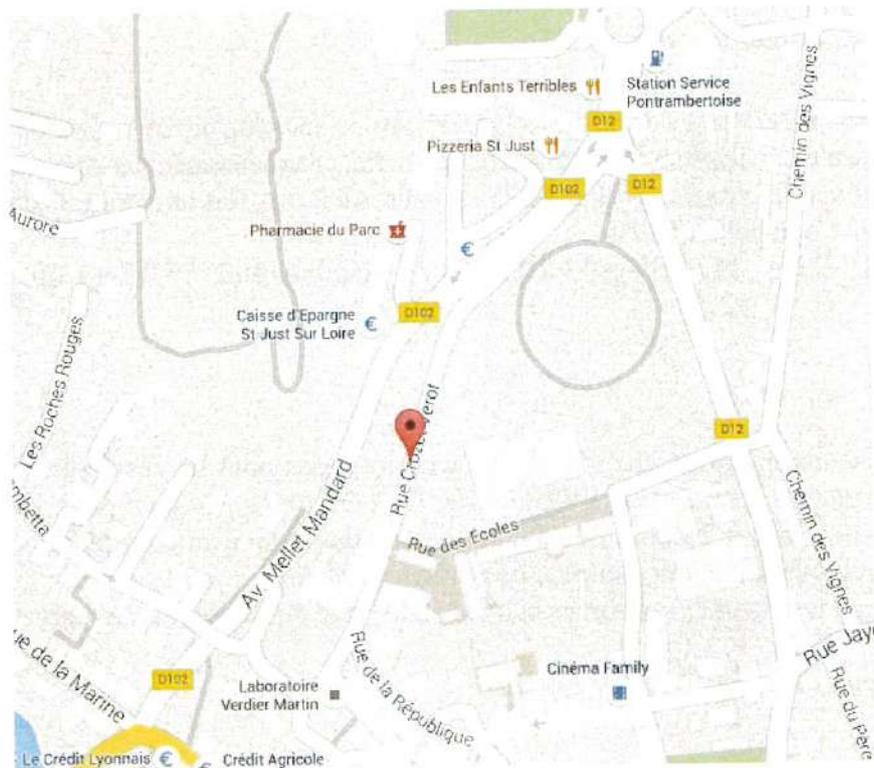
L'EHPAD de Mellet-Mandard fait partie de la filière du Centre-Loire, plus communément appelée Filière du Forez et rattachée au Centre Hospitalier du Forez (sites de Montbrison et Feurs). Le rattachement à cette filière est récent (2013) tout comme la constitution de cette filière elle-même (janvier 2012). Trente-six structures adhèrent désormais à cette filière.

La filière vise à améliorer et faciliter le parcours de la personne âgée à travers trois objectifs déclinés en actions :

1. Mieux se connaître et faire connaître la filière
  - Préparation et diffusion des bulletins d'informations (Fil'Info)
  - Site internet actualisé et porté par le centre hospitalier du Forez,
  - Organisation d'une journée thématique annuelle de la filière qui réunit professionnels et usagers
  
2. Faciliter les échanges inter-professionnels et développer les compétences
  - Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire,
  - Formation « prévenir et gérer les troubles aigus du comportement de la personne âgée
  
3. Favoriser la prise en charge graduée des personnes âgées
  - Equipe mobile d'hygiène à destination des EHPAD,
  - Permanence téléphonique gériatrique
  - Création d'une unité mobile en gériatrie (UMG),
  - Réflexion et proposition d'un parcours modélisé pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées fragiles atteintes de troubles psychiatriques sur le territoire du Forez.

▪ ***La situation géographique de l'établissement au sein de sa commune***

La commune compte quatre EHPAD, deux publics situés dans le quartier de Saint-Rambert (Maison d'Accueil et Maison de Retraite de la Loire), et deux autres au niveau du quartier de Saint-Just, un privé, ORPEA, et un public, Mellet-Mandard. Le quartier de Saint-Just dans lequel se situe l'EHPAD de Mellet-Mandard offre plusieurs services, tant au niveau de commerces, que d'équipements collectifs : cinéma associatif, médiathèque, Maison des Jeunes et de la Culture (MJC), piscine...



EHPAD de Mellet-Mandard vu par satellite

■ **Description succincte de l'établissement :**

☞ L'EHPAD Mellet-Mandard, disposant de 82 lits, est établi sur un seul site de trois niveaux. L'hébergement est réparti entre le premier et le deuxième étage, chaque étage disposant de 41 lits. Actuellement, il y a 32 chambres à 1 lit et 25 chambres à 2 lits, soit une proportion de chambre individuelle de seulement 39%.

Il y a 28 chambres au 1<sup>er</sup> étage : 15 à 1 lit et 13 à 2 lits et 29 chambres au 2<sup>ème</sup> : 17 à 1 lit et 12 à 2 lits.

☞ Il dispose :

- D'une cuisine intérieure en liaison chaude, qui prépare les repas pour les résidents, le personnel, les éventuelles formations ANFH et de 17 à 21 repas par jour pour les habitants de Saint-Just (repas à domicile). Le service restauration a mis en place la HACCP et met régulièrement à jour son plan de maîtrise sanitaire.
- Une lingerie qui traite tout le plat (sauf draps et alèzes), le linge du résident et les tenues professionnelles,
- Une pharmacie à usage interne

☞ L'animation est réalisée par une animatrice expérimentée et titulaire du BEJEPS, secondée par l'association de bénévoles « rayon de soleil », aidée éventuellement de trois aide-médico-psychologiques, voire de la psychomotricienne. Elle fédère autour d'activités les soignants, lorsque le planning le permet voire cuisiniers (ateliers chocolat)

☞ L'équipe des services de soins est encadrée par un cadre de santé. L'établissement a disposé jusque fin mai 2014 d'un médecin coordonnateur qui était également médecin traitant pour tous les résidents. Depuis son départ à la retraite en tant que médecin coordonnateur fin mai 2014, l'établissement s'est ouvert aux médecins libéraux en tant que médecins traitants des résidents (libre choix). Le poste de médecin coordonnateur a été pourvu par mutation au 1<sup>er</sup> mai 2015 : il s'agit d'un médecin gériatre, titulaire entre autres d'un DU de soins palliatifs. L'EHPAD de Mellet-Mandard est son employeur principal et le met à disposition, pour 50%, à l'EHPAD de La Fouillouse.

▪ **Des conceptions, des valeurs qui sous-tendent les soins et les accompagnements :**

Les valeurs de l'établissement de Mellet-Mandard sont guidées par un souci constant de bienveillance et de conscience professionnelle :

- ☞ **Respect de la personne :** dans ses choix, ses désirs, ses opinions, ses valeurs, dans les limites de sa non-mise en danger, de sa dignité, de son intimité et de son rythme de vie.
- ☞ **La liberté de choix du résident** est favorisée au maximum. Sauf dispositions médicales contraires.

▪ **Un réseau et des partenariats :**

Pour mener à bien ses missions, l'E.H.P.A.D. de Mellet-Mandard a développé un partenariat à partir de la Filière du Forez, du CHU mais également en inter-établissements avec les établissements de la Plaine du Forez et des associations de la commune (médiathèque, MJC etc...)

Dans le cadre du travail en réseau pour les admissions, deux rencontres ont eu lieu tout d'abord avec l'équipe d'assistantes sociales du centre hospitalier du Forez, sur le site de Feurs. Ensuite, une rencontre s'est déroulée avec trois membres de la filière gériatrique hospitalière du Forez.

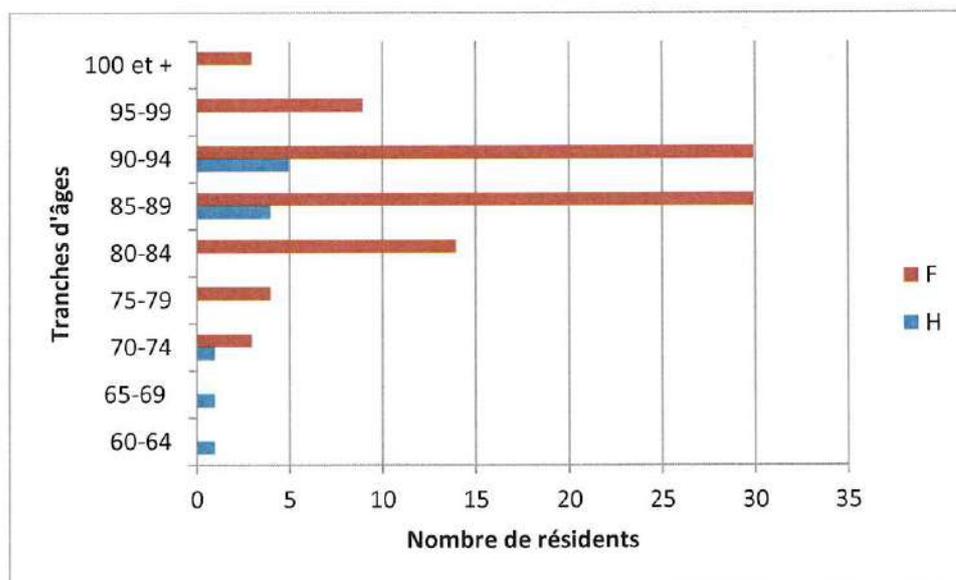
**1-2 Caractéristiques de la population**

Nb de lits 01/01/2015	Présents - 01/01/2015	Entrées	Sorties (D.O.M. OU AUTRE ETA BT.)	Décès		Présents - 31/12/2015
				dans l'établissement	à l'hôpital	
82	82	23	25	19	3	80

ANNEE 2015	Moyenne d'âge		
	des entrées	des présents	des sorties
	85	88	87
<b>Structure par âge de la population hébergée au 31/12/2012</b>			
Age	Résidents		TOTAL
	Hommes	Femmes	
< 60 ans			
60 à 64 ans	1		1
65 à 69 ans	1		1
70 à 74 ans	1	3	4
75 à 79 ans		4	4
80 à 84 ans		14	14
85 à 89 ans	4	30	34
90 à 94 ans	5	30	35
95 à 99ans		9	9
>= à 100 ans		3	3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>93</b>	<b>105</b>
<b>Moyenne d'âge</b>	<b>84</b>	<b>88</b>	

Le plus jeune a 63 ans (femme). Le plus âgé a 101 ans (femme).

Nombre de résidents sous mesures de curatelle ou tutelle : 12



Les entrées proviennent d'une part de la filière gériatrique du Forez et notamment du CH de Feurs. L'établissement reçoit également des personnes directement du domicile ou de structures environnantes.

Nous favorisons la proximité et le secteur géographique : c'est pourquoi, nous travaillons avec les assistantes sociales pour accueillir préférentiellement des personnes pontrambertoises.

L'objectif étant de conserver les liens familiaux et sociaux favorisés par l'implantation géographique au cœur de la ville.

Au cours de l'année 2015, il y a eu 25 sorties dont 19 consécutives à un décès en intra. 3 personnes sont décédées lors d'une hospitalisation. 3 personnes ont changé de structure (2 pour raison personnelle, l'autre car notre structure n'était pas adaptée à ses troubles du comportement).

Nombre d'entrées :	23
Moyenne d'âge :	88 ans
→ Tranche d'âge : de 63 ans à 101 ans	
Durée moyenne de séjour :	9 mois et 8 jours
Taux d'occupation des lits :	98.46 %
Nombre de sorties :	25

Notre indicateur de mesure, la grille AGGIR, nous permet d'évaluer tous les mois le degré de dépendance de nos résidents pour adapter et réajuster nos pratiques au plus près du besoin identifié.

Le GIR reste stable. Notre GMP était au 1<sup>er</sup>/01/2015 à 862.13, au 31/12/2015 il est à 870.64.

Une proportion forte de résidents GIR 1-2 est à noter. En effet, ils représentent 80 % des résidents accueillis.

■ ***Pathologies et prises en charge médicale des résidents :***

Le Pathos Moyen Pondéré au 31 décembre 2015 est de 229,10, enregistrant une diminution en cours d'année grâce aux effets de la prévention contre la dénutrition.

La population accueillie dans l'établissement est une population âgée polypathologique.

Les principales pathologies par domaine rencontrées dans l'établissement sont:

- les affections neuropsychiatriques (incluant les démences)
- les affections cardiovasculaires
- les pathologies gastro-entérologiques
- les affections ostéo-articulaires
- les affections uronéphrologiques
- les affections endocriniennes
- les affections pulmonaires
- les affections dermatologiques
- les pathologies infectieuses

nombre de chutes	278 sur l'année 2015
nombre de fractures	5 (dont 4 post chute)
nombre d'escarres	24 (stades 1 et 2 essentiellement)
nombre de contentions prescrites	13
nombre de résidents dénutris	20 dont 5 dénutritions sévères

nombre d'AVC constitué en cours d'année	2 (dont une récurrence)
nombre de décès	22 dont 19 dans l'établissement
nombre d'hospitalisations non programmées (hospitalisations en urgence)	30 (soit 247 jours d'hospitalisation, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 8 jours)

-nombre d'interventions de kinésithérapie (2902 actes kinés recensés sur l'année 2015, avec une moyenne de 9 mn par acte)

-nombre d'interventions de suivi psychiatrique: 1 résident suivi par les psychiatres de secteur

-nombre d'interventions de l'orthophoniste: 0

-nombre d'interventions de la diététicienne: pas de traçabilité

-nombre d'interventions de la pédicure: 71 interventions (24 résidents concernés)

-nombre d'urgences prises en charge par le médecin coordonnateur depuis mai dernier : 3

▪ ***Un réseau et des partenariats :***

Pour mener à bien ses missions, l'E.H.P.A.D. de Mellet-Mandard a développé un partenariat à partir de la Filière du Forez, du CHU mais également en inter-établissements avec les établissements de la Plaine du Forez et des associations de la commune (médiathèque, MJC etc...)

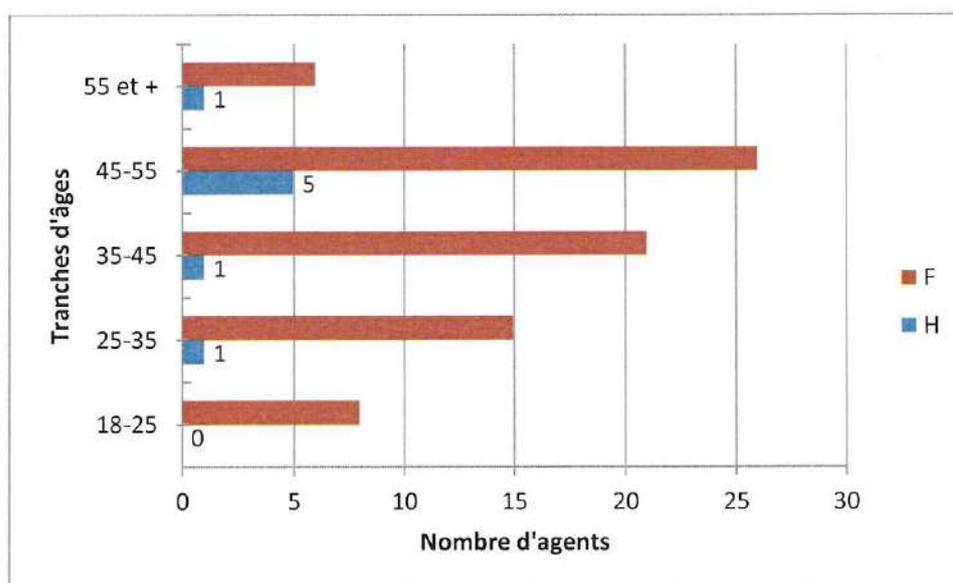
### 1-3 Caractéristiques du personnel

▪ **Le personnel au 31/12/2015 :**

Personnel	Effectif Théorique	Effectifs rémunérés
Personnel Médical	0.5	1
Pharmacie	0.5	0.5
Personnel Administratif	4	4.8
Directeur d'Étab. Sanitaire et Social	1	1
Adjoint des Cadres Hospitaliers	1	1
Adjoint Administratif Hospitalier	2	2.8
Personnel Soignant	50.00 E.T.P.	53.75
Cadre Supérieur de santé	1	2
I.D.E.	9	10.6
Masseur Kinésithérapeute	0,50	0.3
Psychomotricienne	1	1
Aides Soignantes + AMP	25	25
A.S.H.	13.5	14.85
Psychologue	0.20	0.2
Personnel des Services Généraux et Services Intérieurs	8	7.80
Techniciens Hospitaliers	2	1
Agent de maîtrise	1	1
Maître Ouvrier	2	2.8
O.P.Q	3	3
Animateur	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>64,20</b>	<b>69.05</b>
C.A.E. et C.A.	3+2	3+2

**STRUCTURE DE L'EFFECTIF AU 31 / 12 / 2015**  
**PERSONNELS PERMANENTS ET NON PERMANENTS**

Age	18-25	25-35	35-45	45-55	55 et+
Homme	0	1	1	5	1
Femme	8	15	21	26	6
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>7</b>



▪ ***L'organisation des services soignants :***

L'établissement héberge 82 résidents, répartis sur 2 niveaux : 1<sup>er</sup> étage et 2<sup>ème</sup> étage. Il y a 41 résidents par étage.

C'est un lieu de soin et un lieu de vie. Cela implique une imbrication de l'un avec l'autre.

Lieu de soin

Les soignants sont affectés par étage, venant en renfort sur un autre étage si besoin est (gestion de l'absentéisme).

Du lundi au vendredi, chaque service fonctionne de cette manière :

- 1 IDE le matin (6h30/14h00) et 1 IDE le soir (13h15/20h45) sur chaque étage ou 1 IDE du matin, 1 du soir sur un étage et 1 en coupé sur l'autre étage (7h/12h-16h30/19h)
- 4 AS le matin et 2 AS le soir
- 1 à 2 ASH le matin et 1 ASH le soir (renforcé par 1 ASH en contrat aidé)
- 1 AMP (8h00/15h30)

Le samedi et le dimanche, ainsi que les jours fériés, l'organisation diffère et fonctionne en mode dégradé. Par étage, nous notons la présence de :

- 1 IDE en astreinte (7h/19h) et 1 IDE en coupé (7h/12h-16h30/19h) pour les 2 étages
- 2 AS le matin et 1 le soir
- 1 AS (8h/16h)
- 1 AS en coupé (7h15/11h15-16h30/20h)
- 1 ASH le matin le samedi
- 1 ASH en coupé samedi, dimanche et JF (6h45/12h30-17h30/19h45)
- 1 AMP présente pour 2 étages de 9h à 16h30.

Le service de nuit est constitué d'1 IDE et d'1 AS chaque nuit ayant 2 horaires différents de prise de poste (20h15/6h15- 20h45/6h45).

Un travail sur les trames a été amorcé dès septembre afin de permettre une équité de chacun. En effet, il a été constaté des disparités entre les individus, qui n'avaient pas les mêmes trames de travail alors qu'ils faisaient le même métier.

Afin de transmettre les informations permettant la continuité des soins, 3 temps de relève sont identifiés sur la journée :

- Le matin de 6h30 à 6h45
- La journée de 13h30 à 14h00
- Le soir de 20h15 à 20h45

Le matin, les AS « sectorisent » le service en 2 ailes, travaillant en binôme par secteur. Elles évoluent en ayant connaissance des habitudes de vie de la personne et des informations du jour. C'est-à-dire qu'elles effectuent les soins du matin en tenant compte de l'état de sommeil des personnes. L'après-midi, elles travaillent toujours en binôme. Les infirmières quant à elles, sont réparties par étage. Elles coordonnent l'activité soignante et assurent un suivi médical en travaillant étroitement avec les médecins libéraux. Les ASH sont centrés sur des missions de ménage et d'hôtellerie.

L'AMP propose des ateliers bain grâce à la baignoire balnéo (bains remous, musique, lumière...). Elle permet que cet instant soit un instant de relaxation où chaque personne à l'attention du soignant qui propose des « petits plus » dans le quotidien. Elle est le lien entre les soins et l'animation. Elle a une relation privilégiée avec le résident.

#### Lieu de vie

L'EHPAD est avant tout un lieu de vie où la personne accueillie va vivre ses derniers instants de vie. Il est important d'améliorer le quotidien des résidents dans le cadre de vie que nous leur proposons. Les soins prodigués au résident ne doivent pas nous empêcher de l'aider à s'approprier son espace de vie, à aller à la rencontre des autres et à faciliter les relations d'accompagnement entre les autres résidents.

Le travail mené à Mellet Mandard est un travail en équipe pluridisciplinaire où les soignants font le lien avec l'animatrice et les AMP pour qu'ensemble le projet proposé au résident soit

cohérent. L'un ne va pas sans l'autre. C'est à dire que si le résident est souffrant, le soin sera prioritaire à l'activité sociale et vice versa.

On peut d'ailleurs noter une participation des soignants aux activités évènementielles.

▪ **Autres activités soignantes spécifiques :**

ANNEES	2013	2014	2015
Journées théoriques	29 930	29 930	29 930
Journées prévisionnelles	29 032	29 537	29 537
Journées réalisées	29 577	29 620	29 746
Journées d'hospitalisation	150	279	253
Taux d'occupation	98,32	99	99,38

1. Le soignant référent

Un soignant référent d'un résident est identifié lors de l'entrée de la personne. Son nom est affiché dans la chambre. Il s'agit d'une infirmière, d'une aide-soignante et d'un agent du service hospitalier.

Selon le protocole « rôle et missions des référents des résidents » établi le 08/08/2009, « les référents sont les interlocuteurs privilégiés pour le résident, sa famille, le lien entre ces derniers et l'équipe soignante. Ils sont les garants et les coordinateurs de la prise en charge du résident par l'équipe ». Leur rôle et leurs missions sont de :

- « s'assurer de la mise à jour et du suivi des pictogrammes
- être l'instigateur de la réflexion et de la rédaction du projet de vie individualisé
- assurer la gestion du linge du résident en coordination avec la famille
- recenser les besoins en vêtements et produits de toilette ».

Force est de constater que concrètement cette notion a évolué. Une réflexion va être menée sur 2016 pour conduire le référent vers d'autres tâches dans le cadre du travail à mener autour du projet d'accompagnement personnalisé. Il reste un interlocuteur privilégié qu'il convient de valoriser.

2. Les Aides-Médico Psychologiques (AMP)

Elles sont au nombre de 3.

Issues du soin, puisque aides-soignantes en formation initiale, elles développent des activités particulières et occupent majoritairement un poste transversal au soin.

Ce poste est très important puisque les personnes qui y sont positionnées s'investissent au quotidien dans une mission double :

- Aider le résident dans les actes de la vie quotidienne afin que cette personne maintienne et développe son autonomie et son bien-être.

- Mettre en œuvre des activités d'animation, individuelles ou collectives.

L'objectif est d'encourager le dialogue et l'échange pour rompre l'isolement dans laquelle certaines personnes s'enferment, à cause de leur maladie ou par manque de relations sociales ou familiales.

En effet, les AMP proposent aux résidents des activités multiples en plus des tâches qui leur incombent. Elles axent leur travail auprès des personnes porteuses de la maladie Alzheimer ou apparentée.

Matin et après-midi, elles stimulent les personnes âgées en mettant en place des animations diverses et variées : chants, lectures, films, jeux de société, sorties dans le parc, atelier cuisine... avec le service animation, ateliers « bricolages », etc.

Les résidents apprécient énormément cette prestation qui leur procure bien-être et sentiment d'appartenance à un groupe, mais leur permet aussi d'entretenir leurs fonctions cognitives et physiques.

### 3. La psychomotricienne

Présente dans l'établissement depuis 1989, son rôle est d'élaborer un diagnostic et de réaliser en individuel ou en groupe des activités d'éducation psychomotrice, de prévention, d'éducation pour la santé, de rééducation, de réadaptation des fonctions psychomotrices et de thérapie psychocorporelle. Elle travaille en partenariat avec les AMP et l'animatrice.

Elle traite les troubles du mouvement et du geste des résidents. Elle organise par exemple des ateliers visant à stimuler leur équilibre et leur mémoire, ainsi que leur capacité à se repérer dans l'espace.

Les difficultés psychomotrices sont en effet fréquentes chez les personnes âgées (désorientation, image du corps perturbée, capacités psycho-intellectuelles altérées, etc.). Elle intervient sur prescription médicale et après avoir réalisé un bilan psychomoteur.

Au cours de l'année 2015, elle a vu et suivi la quasi-totalité des résidents accueillis avec des prises en charge courtes (sur une durée de quelques mois), comme longues (c'est-à-dire 4 à 5 fois dans l'année ou très régulièrement, toutes les semaines).

### 4. La psychosomatothérapeute

Elle intervient par séquence, cumulant plusieurs séances afin d'assurer un suivi des résidents confiés. En 2015, 7 personnes ont été suivies par la psychosomatothérapeute. Elle est intervenue au total 73 fois.

Résidents	Période	Nombre de séances
1	Du 27/01 au 08/09	19

2	Du 02/06 au 08/09	9
3	Du 27/01 au 07/04	10
4	Du 03/03 au 08/09	6
5	Du 27/01 au 17/02	3
6	Du 27/01 au 08/09	18
7	Du 02/06 au 28/07	8
total		73

La psychosomatothérapie est une approche psychothérapeutique globale basée sur la conviction que corps et psyché forment une unité. L'individu y est considéré dans son intégralité psychique, corporelle, affective et sociale.

La Psycho-Somatothérapie intègre donc l'esprit par le travail verbal ainsi que le corps par des exercices corporels dynamiques ou de lâcher prise, en non verbal, de façon à intégrer « ce qu'il se vit » et d'enclencher un processus d'intégration du corps et de l'esprit vers leur unité. Cette unité amène à l'harmonie qui permet d'être pleinement présent à soi-même, aux autres et à l'environnement. Elle définit ainsi la bonne santé. Cette approche vise à réinvestir son corps, se dégager de ses peurs, de ses angoisses, de ses tensions qui génèrent du mal-être, de la perte de confiance en soi et en son avenir.

## 5. Le Shiatsu et la Sophrologie

### 5.1 Le Shiatsu

C'est une technique manuelle de détente et de relaxation issue de techniques de massages chinois. Sa théorie s'inspire de la médecine traditionnelle chinoise et du système des méridiens énergétiques. Les méridiens sont comme des lignes électriques sauf que c'est de l'énergie qui circule à l'intérieur. On agit sur ses lignes avec des points d'acupuncture et sur l'ensemble du corps par des pressions et des étirements. La technique de shiatsu apporte de l'attention à l'autre, permet l'expression émotionnelle, la détente en Gériatrie.

Une AMP poursuit une formation Shiatsu. Elle est en dernière année, et termine sa formation en juin 2016. En plus des soins qu'elle prodigue en lien avec son métier, elle a su proposer dans ses prises en soins une approche en Shiatsu à certains résidents bien identifiés, sur l'année 2015. L'objectif de ses interventions est d'agir sur les douleurs, la démence (agitation), l'anxiété, l'isolement, mais aussi d'être un appui dans l'accompagnement en fin de vie... Les résidents sont des « éponges émotionnelles », le langage du corps est révélateur d'émotions (colère, repli sur soi, somnolence...).

Les séances sont proposées lors de l'atelier bain, en atelier esthétique, en gym douce ou pendant un change ou un soin d'hygiène. Elles peuvent durer jusqu'à 1 heure voir 15 min. Il est préconisé une série de 5 séances.

## **5.2 La sophrologie**

C'est une méthode psycho corporelle proposant un ensemble de techniques dans un but thérapeutique, prophylactique ou éducatif qui vise à l'épanouissement, l'harmonie et au bien-être de l'individu. Lors de chaque séance, la respiration occupe une large place, toutes les capacités respiratoires sont sollicitées et les ressentis explorés. Ces techniques se pratiquent debout, assis ou allongé, de façon immobile ou en mouvement et sont progressivement acquises au moyen de l'entraînement.

Tout comme le shiatsu, l'objectif de la sophrologie est de travailler avec la personne sur la gestion des émotions, de la douleur, d'atténuer la souffrance physique et psychique, l'agressivité, d'aider la personne à se mettre en harmonie, en paix avec elle-même et ce qui l'entoure.

Une aide-soignante est cours de validation d'un DU en sophrologie. Elle termine sa 2<sup>nd</sup>e année en 2016. Elle est impliquée dans cette formation et a, dès que cela est possible, du temps dégagé (équivalent à 1 journée par mois) afin de mettre en œuvre des séances individualisées.

## 2. Le projet d'établissement

### 2-1 Le cadre réglementaire

**La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale indique que :**

- Les EHPAD doivent élaborer **un projet d'établissement** qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération, d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisations et de fonctionnement.
- Le projet est établi pour une durée d'environ cinq ans.

La loi N°2002-2 du 20/01/2002 rénovait l'action sociale et médicosociale pour les personnes fragiles placées au cœur des dispositifs d'accompagnement.

Ainsi que l'instruction ministérielle du 22/03/2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la prévention de lutte contre la maltraitance.

**Le projet d'établissement touche à quatre points essentiels :**

- Définit l'offre de prise en charge,
- Répond aux attentes et besoins des résidents,
- Coordonne les objectifs et les équipes,
- Engage l'ensemble du personnel.

**Ce document accompagne la préparation à la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)**

### 2.2 Les objectifs

- Élaborer le projet d'établissement pour décembre 2016 avec les programmes d'actions pour les 5 ans
- Finaliser le CPOM pour fin mai 2017 pour une rencontre avec les autorités de tutelle en juin et mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2018
- Mettre en place une démarche participative pour impliquer le personnel pour l'élaboration et la mise en place du projet d'établissement

### 2.3 Les enjeux

**Pour l'établissement**

- Respect des obligations légales,

- Donner un sens et une cohérence au travail de chacun pour les cinq ans à venir,
- Asseoir l'image de l'établissement sur le territoire,
- Outil de communication

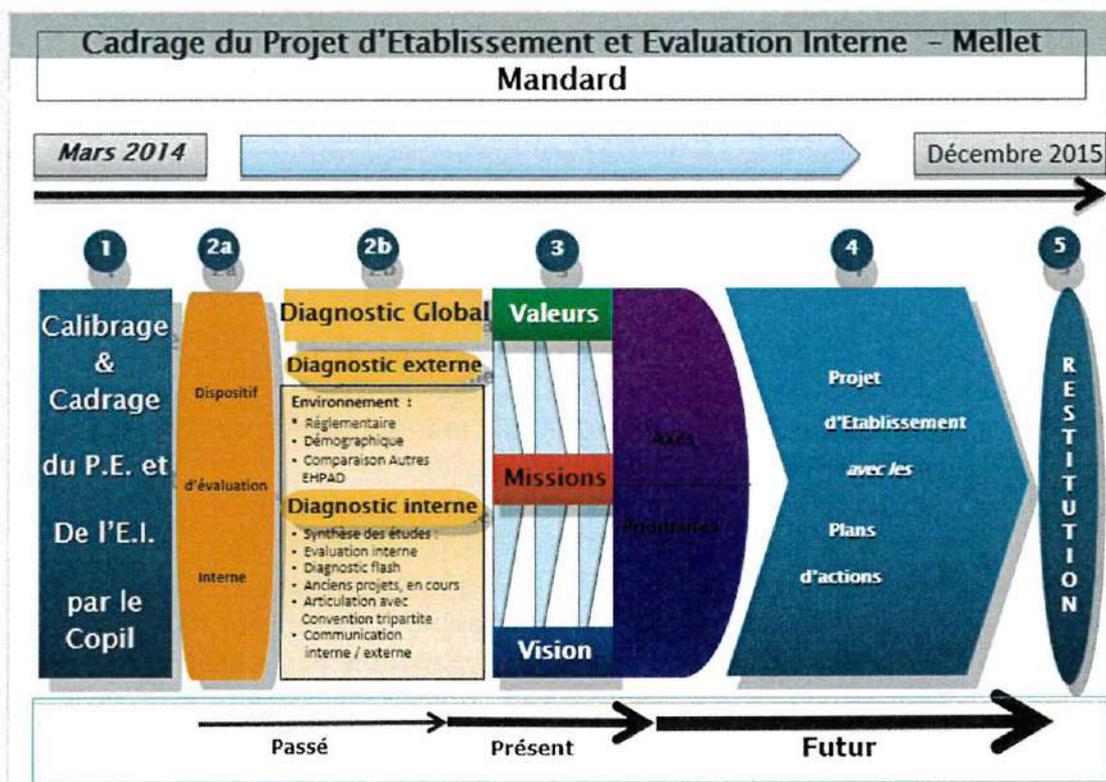
#### **Pour les usagers**

- Rassurer et sécuriser les résidents et les familles par une cohérence dans l'accompagnement,
- Qualité de la PEC et de l'accompagnement,
- Accroître la sérénité et bien être

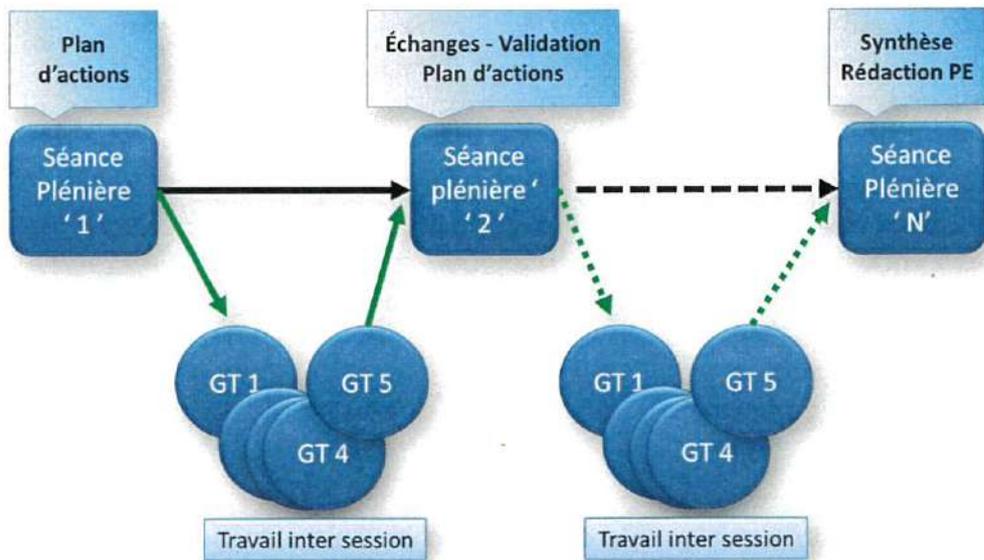
#### **Pour le personnel**

- Donner une vision, une trajectoire et du sens au travail
- Sécurité des biens et des personnes
- Professionnalisme et qualité de vie au travail

## 2.4 La démarche utilisée



Le Projet d'Etablissement est le résultat des étapes de cadrage, de diagnostic partagé suivi d'une réflexion sur les valeurs et la vision à 5 ans pour aboutir aux axes prioritaires. La planification à 5 ans des programmes d'actions permet d'avoir une feuille de route rassurante et sécurisante pour l'ensemble des personnels et des usagers quant à l'avenir de l'établissement.



La démarche participative a permis de réaliser un travail de concertation et d'implication au plus près du terrain en prenant appui sur l'animation des groupes de travail réalisée par les professionnels des 3 EHPAD. Chaque groupe est composé de personnel de différentes filières et provenant des 3 sites, permettant ainsi une transversalité et le développement d'une culture commune.

## 2.5 Le cadrage du projet avec le COPIL

Le Directeur nomme les membres suivants en Comité de pilotage :

- Madame Sonia DESBORDES, Directrice de l'EHPAD,
- Madame Isabelle DORVIDAL, Cadre de Santé,
- Madame le Dr Maria BOUQUET, médecin coordonnateur,
- Madame Valérie MORICI, animatrice,
- Madame Nicole BOURNICON, psychomotricienne
- Madame Estelle PHILIPPON-BREUIL, qualitiennne,
- Madame Géraldine BEGUE, infirmière hygiéniste,
- Monsieur Mario LONGO, responsable de la restauration,
- Monsieur Jean-Luc DUVERT, responsable des ressources humaines,
- Monsieur Philippe HERRMANN, responsable des services techniques

Le comité de pilotage est constitué selon les orientations de l'Anesm, en vue d'impulser une démarche participative et impliquante de l'ensemble du personnel pour l'élaboration et la mise en œuvre du Projet d'Établissement

### 3. Etat des lieux et diagnostics

#### 3.1 Méthodologie utilisée pour l'état des lieux et le diagnostic

Pour réaliser l'état des lieux (ou fonctionnement) et le diagnostic, cinq groupes de travail ont été constitués (voir en annexe) :

- Accompagnement médical et de soins,
- Animation et Vie sociale
- Projet Managérial et Social,
- Projet Logistique
- Projet Gestion des Risques et Développement Durable

Les résultats synthétiques de ce travail figurent ci-après.

Sont également ajoutés un volet architectural et un volet coopérations.

#### 3.2 L'accompagnement médical et de soins

- L'état des lieux

Axes	Fonctionnement
Organisation du travail et des soins	Temps de transmissions formalisés Logiciel de soins Référénts désignés dans certains domaines
Protocoles, outils et projets personnalisés	Logiciel de soins Existence de protocoles couvrant les situations les plus fréquentes Conventions existantes avec un réseau
Equipements, matériels, coordination des moyens humains	Bon parc de matériel Relèves et réunions pluridisciplinaires

• **Le diagnostic**

Axes	Forces	Points de vigilance
<b>Organisation du travail et des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pluridisciplinarité et pas de glissement des tâches</li> <li>- Polyvalence de jour et de nuit pour petits remplacements,</li> <li>- Bonne collaboration dans les transmissions,</li> <li>- Place des familles pour les repas et bon accompagnement des fins de vie,</li> <li>- Existence de référents (incontinence, hygiène bucco-dentaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu de temps de concertation avec les familles,</li> <li>- Coordination de l'équipe sur les changements d'état du résident</li> <li>- Prescriptions téléphoniques</li> <li>- Coordination des médecins</li> <li>- PEC spécifiques : matériels inconfortables, pas assez de formations/information sur l'incontinence, techniques et matériel pour la prévention des escarres</li> </ul>
<b>Protocoles, outils et projets personnalisés</b>	Existence de protocoles sur la plupart des situations, Existence d'outils de suivi (chutes, incontinence, repas), Bonne formation à la lutte contre la douleur	Pas de réel projet d'accueil personnalisé mais concomitance du projet de soins et du projet de vie, sans concertation. Pas d'outil d'évaluation de la douleur Difficultés de PEC des personnes démentes déambulantes par manque de formation et au regard des locaux (25 chambres doubles)
<b>Equipements, matériels et coordination des moyens humains</b>	Beaucoup de matériels pour bien travailler Repas variés	Faire attention à la maintenance du matériel, Différence entre haché/mixé à revoir
<b>Circuit du médicament</b>	Prescription informatisée Préparation nominative des traitements à la pharmacie Livret thérapeutique Photos des résidents sur les fiches de traitement individuel Chariot d'urgence et dotation d'urgence de médicaments et stupéfiants	La liste préférentielle n'est pas utilisée et pas toujours connue Les protocoles datent et doivent être revus

### 3.3 La vie sociale des résidents et l'animation

- **L'état des lieux**

Axes	Fonctionnement
Activités	Les activités sont collectives, en petits groupes ou individuelles : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Événementielles,</li> <li>- Calendaires,</li> <li>- Régulières</li> </ul>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des résidents dans le choix des activités,</li> <li>- Recueil des souhaits individuels,</li> <li>- Libre choix de participer ou non,</li> <li>- Diffusion des programmes d'animation,</li> <li>- Traçabilité des activités,</li> <li>- Evaluation des animations</li> </ul>
Les partenaires	a) En interne : l'association des bénévoles Rayon de Soleil b) En externe : MJC, médiathèque Loire Forez
Coordination avec les professionnels et les bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation de l'animatrice aux relèves et au CORES</li> <li>- Existence d'un comité d'animation</li> </ul>
Moyens et matériels	a) Ressources humaines <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 animatrice à temps plein,</li> <li>- 3 AMP</li> </ul> b) Moyens financiers <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 budget de l'établissement (c/6288)</li> <li>- 1 budget de l'association</li> </ul> c) Moyens matériels Salle d'animation et atelier cuisine

• **Le diagnostic**

<b>Axes</b>	<b>Forces</b>	<b>Points de vigilance</b>
Activités	Nombreuses et variées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des familles dans les activités</li> <li>- Ouverture sur l'extérieur</li> </ul>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des résidents dans le choix des activités,</li> <li>- Implication des résidents dans la mise en œuvre d'activités,</li> <li>- Activités régulières les WE animées par les AMP</li> </ul>	Traçabilité des enquêtes
Les partenaires	Bénévoles très présentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais peu nombreuses (5)</li> <li>- Développement de partenariat sur la commune</li> <li>- Absence de minibus au sein de la structure</li> </ul>
Coordination des professionnels et bénévoles	Diffusion des informations au sein de l'établissement	
Moyens et matériels	L'établissement et les soignantes sont parties prenantes de l'animation	La salle d'animation sert également de salle polyvalente

### 3.4 Conditions sociales et Management

- **L'état des lieux**

Axes	Fonctionnement
Formations	Elles sont diversifiées, motivantes et valorisantes, voire qualifiantes
Conditions de travail	Réactivation du CHSCT par formation commune, Un document unique existant mais à réactualiser, Investissements réalisés pour une véritable ergonomie, Convention avec les assurances statutaires pour du soutien psychologique
Approche qualitative et personnalisée de la GRH	Tableau des effectifs et fiches de postes existantes. Notation et évaluation réalisées. Gestion des remplacements à expliciter (règlement intérieur) A améliorer l'arrivée de nouveaux agents et de stagiaires
Protection sociale/ actions sociales	Informations CGOS bien diffusées, existence d'une mutuelle de groupe facultative.
Gestion Prévisionnelle des emplois et compétences	Personnel en nombre et qualifié, Profils de postes écrits, Anticipation des remplacements (retraite, mutation, maternité)
Dialogue social	Instances en place, bon fonctionnement et relations faciles
Communication interne et externe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notes de service et d'information</li> <li>- Réunions de travail fréquentes pour tous projets</li> <li>- Existence d'un règlement intérieur écrit par les membres du CTE</li> <li>- Rituels (départs à la retraite, vœux, galettes)</li> </ul>
Politique stratégique	Bonne connaissance par l'ensemble du personnel des projets en cours Grande implication du personnel grâce aux moyens donnés par la hiérarchie
Politique de maintien dans l'emploi	Personnel vieillissant, prise de conscience de réfléchir et gérer les futures inaptitudes, reclassements etc ... de manière plus organisée

• **Le diagnostic**

Axes	Forces	Points de vigilance
Formations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombreuses et variées</li> <li>- Bon suivi de toutes les formations obligatoires (Incendie, CESU, PRAPS, SSIAP...),</li> <li>Reconnaissance des compétences acquises par la personne,</li> <li>Toutes les ASH sont qualifiées,</li> <li>Individualisation du parcours de formation</li> <li>Développement professionnel continu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vision pluriannuelle à mettre en place</li> <li>- Manque d'informations sur les possibilités offertes</li> <li>- Formation professionnelle qualifiantes mais mobilité interne restreinte</li> </ul>
Conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation manutention (2 référentes)</li> <li>- Formation des membres du CHSCT y compris pour analyser les accidents,</li> <li>- Existence d'un DUERP actualisé chaque année,</li> <li>- Soutien psychologique du personnel par téléphone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de médecin du travail,</li> <li>- Pas d'analyse pratique professionnelle (APP),</li> <li>- Salles inadaptées (soins, offices...)</li> </ul>
Approche qualitative et individualisée de la GRH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tableau des effectifs, notations, évaluations dans le respect de la réglementation,</li> <li>- Gestion des remplacements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil des nouveaux arrivants et stagiaires par un livret adapté</li> <li>- fiche de postes soins en cours de réactualisation</li> </ul>
Actions sociales	Informations bien diffusées	
GPEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplacement des départs en retraite prévu avec possibilité de doublement</li> <li>- Personnel diplômé et diversifié,</li> <li>- Formations qualifiantes,</li> <li>- Pas de dépassement de fonctions</li> </ul>	<p>Trouver un équilibre dans la vision des métiers entre les différentes générations, Réformes retraite n'aident pas toujours à une vision à long terme</p>
Dialogue social	Bon climat social, calendrier tenu, compte-rendus affichés, accès facile à l'information	

Communication interne et externe	CR écrit pour chaque réunion, Rituels institutionnels,	Très mauvais réseau, équipement informatique réduit donc peu d'intranet et de messagerie interne. Absence de plan de communication Absence de site web Manque de traçabilité pour les transmissions de soins Absence de remise des médailles
Politique stratégique	Personnel motivé et impliqué Bonne émulation donc bonne connaissance des projets en cours	
Politique de maintien dans l'emploi		A mettre en place de manière plus formalisée et de ce fait, équitable pour tous

## 4. Les valeurs et la vision de l'établissement

Un premier travail de réflexion sur les valeurs institutionnelles et la vision de l'établissement à cinq ans a donné le résultat suivant.

### 4.1 Les valeurs

- Bienveillance
- Humanité des soins et de l'accompagnement
- Entraide et esprit d'équipe
- Individualisation de la prise en charge
- Encadrement et accompagnement chaleureux
- Respect des résidents et du personnel
- Rigueur
- Sens du service au public

### 4.2 La vision

- Bâtiment neuf, chambres individuelles, locaux clairs, agréables et fonctionnels
- Conservation de la situation géographique « cœur de ville » en gardant la qualité de la prise en charge,
- Pérennisation des acquis de l'établissement en continuant la politique d'amélioration de la qualité,
- Etablissement plus ouvert sur l'extérieur (site internet) avec une diversité des modes d'accueil (cantou par exemple)
- Lieu de transmission des informations et des compétences

## 5. Les volets du projet d'établissement

### 5.1 Le Projet médical et de soins

Le projet médical et de soins se décline selon les dix axes présentés ci-après :

#### 5.1.1 Axe : Améliorer l'organisation et la coordination des soins

##### *Déclinaison de l'axe en objectifs*

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Redéfinir la procédure de pré admission et le rôle de chacun
2	Réactualiser le livret d'accueil
3	Connaître les attentes et les premières impressions du résident et de sa famille sur la structure, les soins et l'animation
4	Renforcer le rôle et les missions du médecin coordonnateur
5	Développer la formation des soignants en collaboration avec le cadre de santé
6	Améliorer les réseaux professionnels de santé

##### *Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions*

- **Objectif 1 :**
  - Rencontre avec le personnel concerné pour faire un état des lieux sur les difficultés rencontrées,
  - Mise en place d'une fiche d'enregistrement, de validation et de suivi des dossiers de pré admission,
  - Mise en place d'une liste d'attente effective
  - Mise en place d'une visite de préadmission en binôme (CS/MedCo) en cas de dossier complexe afin de s'assurer de l'adéquation, entre la demande et les capacités d'accompagnement,
  - Systématisation de la visite de préadmission de la famille (et du résident si possible)
  
- **Objectif 2 :**
  - Intégration du document relatif à la désignation de la personne de confiance et le recueil des directives anticipées
  - Mise en place et intégration, dans le livret d'accueil, d'un questionnaire de satisfaction à rendre à 1 mois
  
- **Objectif 3 :**
  - Rencontre résident/famille/cds/ med co dans le mois qui suit,
  - Recueil des documents précités,
  - Centralisation du questionnaire auprès de la qualitiennne,
  - Réévaluation à 3 ou 6 mois selon le degré d'urgence

- **Objectif 4 :**
  - Mise en place d'une évaluation gériatrique standard
  - Mise en place d'une commission de coordination gériatrique
  - Promotion des bonnes pratiques gériatriques et développement d'une culture gériatrique,
  - Développement d'un partenariat avec la filière gériatrique hospitalière
  
- **Objectif 5**
  - Recueil des souhaits en formation
  - Planification des formations
  
- **Objectif 6**
  - Amélioration de la PEC en développant la collaboration avec les médecins libéraux,
  - Travail d'intégration à la filière gériatrique du territoire
  - Organisation de rencontres avec les acteurs de la filière en amont,
  - Participation aux réunions et groupes de travail de la filière du bassin.

#### 5.1.2. Axe : Organiser la prise en charge des urgences internes

##### *Déclinaison en objectifs*

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Elaborer un protocole de prise en charge des urgences en interne
2	Définir une procédure d'hospitalisation et actualiser le DLU
3	Mettre à jour le chariot d'urgence et mettre en place un suivi
4	Former régulièrement le personnel aux gestes d'urgence vitale et à l'utilisation du défibrillateur

- **Objectif 1 : Elaborer un protocole de PEC des urgences en interne**
  - Rédaction du protocole par le médecin coordonnateur et la qualitiennne
  - Validation par la direction,
  - Diffusion par les auteurs auprès des équipes
  
- **Objectif 2 : Définir une procédure d'hospitalisation et actualiser le DLU**
  - Rédaction du protocole par le médecin coordonnateur et la qualitiennne
  - Validation par la direction,
  - Diffusion par les auteurs auprès des équipes
  - Sensibilisation des intervenants libéraux d'une bonne tenue du dossier résident et développement d'une culture de l'écrit
  
- **Objectif 3 : Mettre à jour le chariot d'urgences et mettre en place un suivi**
  - Evaluation de l'existant
  - Adaptation du contenu aux besoins de la population accueillie,

- Etablissement d'une liste de médicaments pour les besoins urgents en concertation avec la pharmacienne et le médecin coordonnateur,
  - Communication et information des médecins libéraux par le médecin coordonnateur
  - Nomination de 2 IDE référentes
  - Réactualisation du protocole actuel chariot d'urgence (composition, entretien, suivi, traçabilité)
- **Objectif 4 : Former régulièrement le personnel aux gestes d'urgence vitale et à l'utilisation du défibrillateur**
    - Inscription de tous les agents à la formation « Gestes et Soins d'urgence »
    - Etablissement d'une liste de suivi (MAJ tous les 4 ans)

### 5.1.3 Axe : Améliorer la prise en charge de la douleur

#### *Déclinaison en objectifs*

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Améliorer l'évaluation, la PEC et la traçabilité de la douleur
2	Réactualiser les protocoles douleur
3	Développer et reconnaître les compétences soignantes dans les alternatives non médicamenteuses

#### *Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions*

- **Objectif 1 :**
  - Définition d'une ou des échelles à retenir
  - Formation de 3 heures d'un groupe pilote
  - Saisie de la cotation de la douleur dans le PSI selon le mode d'emploi défini,
  - Généralisation de la formation en intra du personnel à l'évaluation de la douleur (5 groupes de 6)
  - Nomination de 2 référents douleur par étage
  - Proposition régulière de formations douleur, sophrologie, soins palliatifs au niveau institutionnel
- **Objectif 2 :**
  - Rédaction des protocoles douleur,
  - Consolidation et mise en forme par la cadre de santé et la qualitiicienne,
  - Validation par la direction,
  - Diffusion et mise en œuvre
- **Objectif 3 :**
  - Identification des personnes compétentes en interne à l'établissement (diplômées ou certifiées)
  - Formalisation des modalités d'actions et de l'organisation de ces intervenants en interne

#### 5.1.4 Axe : Améliorer l'accompagnement de la personne en fin de vie

##### *Déclinaison de l'Axe en Objectifs*

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Améliorer la PEC de la fin de vie
2	Améliorer le recueil des directives anticipées et de la personne de confiance
3	Formaliser les modalités de recours à l'UMASP

##### *Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions :*

- **Objectif 1 :**
  - Rédaction d'un protocole destiné aux soignants,
  - Formation continue des soignants concernant l'accompagnement de fin de vie dans le respect des croyances du résident (coordination avec les représentants des cultes)
  - Discussion de l'augmentation du temps de psychologue
  - Désignation d'un référent en soins palliatifs (médecin coordonnateur)
  - Evaluation systématique et répétée de la douleur
  
- **Objectif 2 :**
  - Information et formalisation d'un document intégré au contrat de séjour concernant la personne de confiance et les directives anticipées
  
- **Objectif 3 :**
  - Signature d'une convention de partenariat avec l'UMASP

#### 5.1.5 Axe : Conforter la lutte contre la déshydratation

##### *Déclinaison en objectifs*

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Mettre en place un programme de prévention notamment en cas de fortes chaleurs
2	Mettre en place une prise en charge et une surveillance clinique rapprochée en cas de déshydratation avérée

##### *Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions*

- **Objectif 1 :**
  - Rappel des signes de la déshydratation et des signes de gravité
  - Conduite à tenir à l'identification de ces signes,
  - Rédaction du protocole « canicule »
  - Implication du service restauration et de l'animation dans la prévention de la déshydratation en période de forte chaleur

- **Objectif 2 :**
  - Révision du protocole déshydratation
  - Mise en place de fiches de suivi de l'hydratation,
  - Mise en place d'un indicateur de suivi quotidien et individuel quand un risque est identifié

#### 5.1.6 Axe : Améliorer la lutte contre la dénutrition

##### *Déclinaison en objectifs*

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Renforcer la politique de prévention de la dénutrition
2	Mettre en place des outils de suivi

- **Objectif 1 :**
  - Evaluation de l'état nutritionnel à l'entrée et dans les situations à risque,
  - Mise en place d'un plan d'actions dédié en collaboration avec les cuisines et la diététicienne,
  - Suivi et évaluation du retour à la normale,
  - Elaboration d'un protocole
- **Objectif 2 :**
  - Etat des lieux des outils utilisés
  - Choix d'outils
  - Rédaction d'un protocole complet de prise en charge de la dénutrition

#### 5.1.7 Axe : Renforcer la lutte contre les escarres et améliorer leur prise en charge

##### *Déclinaison en objectifs*

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Dépister et identifier les situations à risques (dénutrition, alimentation, fièvre...)
2	Réactualiser et consolider le protocole de PEC des escarres (ex : Norton)
3	Améliorer l'utilisation des supports de prévention des escarres

- **Objectif 1 :**
  - Définition d'une échelle d'évaluation et mode d'emploi
  - Mise en place à l'entrée du résident et en cas d'aggravation lors du séjour
- **Objectif 2**
  - Etat des lieux des outils actuels
  - Choix d'une échelle d'évaluation,
  - MAJ du protocole de 2010

- **Objectif 3**
  - Rappel des bonnes pratiques (ex : pas d'épaisseur sur les supports)
  - Adaptation des supports en fonction de l'évaluation des risques
  - Orientation vers une politique de location des matelas à air (changement selon état plus rapide et adapté)
  - Suivi du matériel (housses coussin, gel) : traçabilité

#### 5.1.8 Axe : Organiser la prise en charge des chutes

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Identifier une population à risques
2	Poursuivre la traçabilité de la chute (déclaration) et analyser/
3	Déterminer les moyens d'action et de prévention des chutes

#### **Déclinaison de chaque Objectif en Plan d'Actions**

- **Objectif 1 :**
  - Evaluation gériatrique standardisée : 2 tests « Get up and go » et « Tinetti »
  - Observation de la personne (chaussures adaptées) et de ses habitudes de vie,
  - Identification des risques de chutes lié à l'environnement de la personne,
  - Conduite à tenir,
  - Sensibilisation du personnel à la sécurisation de l'environnement
  
- **Objectif 2 :**
  - Identification des résidents à risques (multi-chuteurs) et des causes
  - Elaboration de statistiques
  - Communication des résultats aux équipes par le médecin coordonnateur et préconisations
  - Protocoles à revisiter
  
- **Objectif 3 :**
  - Adaptation des locaux et matériels
  - Prise en charge du résident par kiné et psychomotricienne

#### 5.1.9 Axe : Prévenir les risques infectieux (cf volet gestion des risques et développement durable)

#### 5.1.10 Axe : Améliorer la prise en charge des malades Alzheimer ou apparentés

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Proposer une prise en charge adaptée à ce type de population
2	Améliorer l'accompagnement des aidants
3	Réfléchir à un mode de prise en charge type PASA éclaté

### ***Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions***

- **Objectif 1**

- Evaluation gériatrique dès l'admission des troubles cognitifs (MMS) et/ou du comportement (NPI/ES)
- Rencontre et observation des pratiques dans d'autres structures environnantes
- Formation du personnel à ces pathologies et analyse de pratiques
- Intégration des compétences soignantes pluridisciplinaires spécifiques,
- Adaptation et sécurisation des locaux

- **Objectif 2**

- Mettre à disposition une plaquette d'information sur la maladie d'Alzheimer et les associations existantes

- **Objectif 3**

- Evaluation par MMS-NPI-ES d'une file active de résidents pouvant intégrer ce pôle et les critères d'admission
- Evaluation des moyens en personnel nécessaires au fonctionnement du pôle

#### 5.1.11 Axe : améliorer l'organisation du circuit du médicament

<b>Objectifs</b>	<b>Formulation des objectifs</b>
<b>1</b>	Rédiger un protocole général sur le circuit et un protocole pour chaque étape
<b>2</b>	Améliorer les prescriptions pour diminuer voire supprimer les risques iatrogènes
<b>3</b>	Améliorer la prise en compte des problèmes de déglutition/royage du médicament
<b>4</b>	Améliorer les conditions de préparation des piluliers par l'IDE
<b>5</b>	Sécuriser l'administration des médicaments et sa traçabilité
<b>6</b>	Désigner un référent médicament par étage

### ***Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions***

- **Objectif 1**

- Rédaction d'un protocole général concernant le circuit de la prescription, analyse pharmaceutique et dispensation, transport dans les services, le stockage, la préparation des doses à administrer, l'administration au résident et la surveillance (pharmacovigilance),
- Diffusion des protocoles et modalités d'accès pour utilisation,
- Sensibilisation par les référents des IDE et AS pour travail en collaboration,
- Améliorer le signalement des événements indésirables concernant le médicament

- **Objectif 2**

- Rédaction d'un protocole AVK, insuline et stupéfiants,
- Installation de la banque Claude Bernard sur les postes de travail utilisés par les médecins et les IDE afin qu'ils bénéficient des alertes médicamenteuses lors de leurs prescriptions
- Rédaction et mise à disposition des prescripteurs d'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement en EHPAD,
- Formation des médecins au PSI pour optimiser son utilisation

- **Objectif 3**

- Identification des résidents ayant des troubles de déglutition,
- Adaptation de la prescription et/ou proposition de substitution par la pharmacienne,
- Révision du livret thérapeutique avec alternative aux formes qui ne peuvent être broyées,
- Localisation du livret thérapeutique dans les casiers des médecins

- **Objectif 4**
  - Mise en place d'un audit concernant la préparation des piluliers et des doses à administrer
  - Définition d'un protocole à suivre et diffusion à l'ensemble des IDE
  - Réévaluation de la pratique avec une fréquence annuelle
  
- **Objectif 5**
  - Protocole administration et traçabilité suite à audit
  - Réflexion sur le reconditionnement en pharmacie des spécialités pharmaceutiques non commercialisées en doses unitaires
  
- **Objectif 6**
  - Identification d'un référent par étage,
  - Définition des rôles et missions,
  - Animation des référents par le médecin, la pharmacienne et le médecin coordonnateur une fois par trimestre.

#### 5.1.12 Axe : promouvoir la bientraitance

Objectifs	Formulation des objectifs
1	Faire un état des lieux des pratiques de bientraitance
2	Fédérer les équipes autour d'une culture de bientraitance
3	Réajuster les pratiques professionnelles et accompagner les soignants dans l'évolution de leurs pratiques en lien avec le projet d'accompagnement personnalisé

#### ***Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions***

- ***Objectif 1 :***
  - Exploitation des données du questionnaire « Bientraitance des personnes âgées accueillies en EHPAD » émanant de l'ARS
  - Analyse des risques de maltraitance pour mieux les prévenir : relance du groupe bientraitance
  - Exploitation des données concernant les plaintes et réclamations des usagers
  - Observation des pratiques sur le terrain
  
- ***Objectif 2 :***
  - Formation de tous les agents à la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance
  - Rappels des principes de la charte de Bientraitance élaborée le 22 septembre 2014,
  - Diffusion de la charte bientraitance aux nouveaux arrivants
  
- ***Objectif 3 :***
  - Relance du groupe bientraitance

- Point sur les pratiques actuelles et rappel des bonnes pratiques en se basant sur les 10 recommandations phare de la société française de gériatrie et de gériatrie et de gériatrie

### Actualisation de mai 2022

Le projet médical et de soins, décliné en onze axes, est ambitieux. Tous les axes ont été travaillés, parfois avec de nouvelles orientations à mi-chemin, comme le changement du logiciel de dossier de soins de PSI vers Net-Soins en octobre 2018. Toutefois, certains axes sont revus actuellement au regard de :

- Nouvelles orientations HAS et nouvelles équipes (dénutrition),
- Changement d'orientation stratégique pour la Préparation des Doses à Administrer (PDA) automatique pour le circuit du médicament,
- Suspension du groupe bientraitance en 2020-2021 durant la crise COVID. Par ailleurs, un lien entre ce groupe et les avancées du Comité d'Ethique inter-établissement devra pouvoir être trouvé,

Enfin, sur les deux années qui viennent, l'accent est mis sur :

- La prévention des chutes au sein du GCSMS :
  - Iatrogénie
  - Check-list des éléments à vérifier pour chaque résident à risque
- La prise en charge des malades Alzheimer et apparentés, notamment au travers d'un groupe UVP inter-établissement, à partir duquel nous bâtissons notre propre fonctionnement du futur UVP,
- La télémédecine dont la « télédentisterie »,
- La prévention du suicide (orientation nationale).

## 5.2 Projet de vie sociale et Animation

### 5.2.1- Définition des Axes Prioritaires

A l'issue de la pose du diagnostic, le groupe de travail a défini 5 axes prioritaires

- Respect et droits du résident
- La qualité du pré-accueil, de l'accueil et du séjour,
- Les animations
- Maintien et Développement des liens sociaux en interne
- Maintien et Développement des liens sociaux en externe

### 5.2.2- Axe Respect et droits du résident

#### *Déclinaison de l'axe en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Permettre au résident d'être citoyen et acteur économique	2016
Objectif	2	Réaliser les projets personnalisés	Cf projet de soins
Objectif	3	Revoir la procédure des places à table pour une véritable convivialité	2016

#### *Déclinaison des objectifs en plan d'actions*

- **Objectif 1 Permettre au résident d'être citoyen et acteur économique**
  - o Réactualisation à l'entrée des adresses des résidents : cartes Vitale, mutuelle, CNI,
  - o Inscription sur les listes électorales si la personne le souhaite,
  - o Recenser les attentes et besoins des résidents en tant qu'acteur citoyen
    - o Information laissée aux familles : qui fait quoi ?
    - o Réflexion sur le stockage des cartes Vitale (service soin ?)
    - o Information au personnel accompagnant le résident en consultation sur les modalités de paiement et de remboursement,
    - o Recensement des personnes sous tutelle – argent de poche
    - o Organisation de sorties achats
    - o Organisation de ventes ou troc de vêtements en interne
- **Objectif 2 : Réaliser les projets personnalisés (cf projet de soins)**
- **Objectif 3 Revoir la procédure des places à table**
  - o Constitution d'un groupe de travail
  - o Identification des problèmes rencontrés par chaque service
  - o Identification du nombre de places au RDC et aux étages
  - o Réalisation d'un plan de salle

- Observation du résident lors de l'entrée (en chambre ou en salle de RDC)
- Recueil de son avis, ses attentes,
- Discussion en équipe
- Validation de la décision,
- MAJ régulière du plan de table du RDC
- Réflexion sur le délai pour conserver une place si la personne est fatiguée,
- Réajustement en fonction des inimitiés,
- Réflexion sur l'opportunité de noter le type d'alimentation sur le plan
- Procédure

### 5.2.3- La qualité du pré-accueil, de l'accueil et du séjour

#### *Déclinaison de l'axe en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Réactualiser les protocoles d'accueil	2017
Objectif	2	Organiser et coordonner les prestations externes pour une meilleure qualité de vie	2017

#### *Déclinaison des objectifs en plan d'actions*

- **Objectif 1 : Réactualiser les protocoles d'accueil**
  - Constitution d'un groupe de travail (secrétariat, soins et animation)
    - Répertorier les protocoles existants
    - Réflexion et redéfinition des tâches et rôles de chacun lors de l'accueil
    - Mise en place d'une check-list pour préparer l'accueil
    - Réaménagement du hall d'entrée
    - Réflexion sur la création d'un site internet
    - Mise en place du pot d'accueil et procédure à formaliser par l'animatrice
    - Rédaction du protocole définitif
  
- **Objectif 2 : Organiser et coordonner les prestations externes pour une meilleure qualité de vie**
  - Création d'un groupe de travail
  - Recensement des difficultés rencontrées pour chaque service et identification des besoins et réclamations des résidents et des services
  - Recensement des différents intervenants
  - Recensement des lieux disponibles pour les interventions
  - Réflexion sur la circulation de l'information inter-services
  - Rédaction d'une procédure pour chaque intervenant disponible
  - Evaluation et réajustement

#### 5.2.4- Axe animations

##### *Déclinaison de l'axe en Objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Adapter les activités aux personnes en situation de handicap	2018
Objectif	2	Réaliser une évaluation quantitative et qualitative des projets d'animation des activités	2018

##### *Déclinaison des objectifs en plan d'actions*

- **Objectif 1 : Adapter les activités aux personnes en situation de handicap (cognitif, visuel, auditif...)**
  - Identification de la population concernée par une enquête,
  - Recueil des attentes et/ou besoins en matière d'animation auprès du résident et/ou de son entourage
  - Recherche d'information auprès d'autres EHPAD (association d'animateurs) pour identifier les activités proposées à cette population (ex : bibliothèque sonore)
  - Identification de moyens matériels et financiers pour individualiser les activités proposées
  - Elaboration de projets adaptés à ce public
  
- **Objectif 2 : Réaliser une évaluation quantitative et qualitative des projets d'animation des activités**
  - Réalisation d'une feuille de présence pour chaque activité
    - Mise à jour de la procédure pour la retranscription sur le PSI à chaque fin de séance,
    - Réalisation d'une fiche d'évaluation avec critères et indicateurs d'évaluation à chaque séance et mise en place,
    - Création d'une fiche bilan de fin de projet sur papier ou PSI
    - Création d'un outil pour évaluation annuelle quantitative et qualitative

#### 5.2.5- Axe Maintien et développement des liens sociaux en interne

##### *Déclinaison de l'axe en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Développer les activités et les manifestations qui permettent aux résidents de se rencontrer à l'intérieur de l'établissement	2019
Objectif	2	Favoriser le maintien du lien familial	2020

### *Déclinaison des objectifs en plan d'actions*

- **Objectif 1 : Développer les activités et manifestations qui permettent aux résidents de se rencontrer à l'intérieur de l'établissement**
  - Identification des situations où le personnel peut favoriser ces liens tout en se mettant en retrait,
  - Recueillir des informations sur les habitudes et les affinités entre résidents,
  - Elaboration et mise en place de nouvelles activités permettant de favoriser les rencontres entre résidents,
  - Retranscription sur le PSI et dans le projet personnalisé
  - Sensibilisation du personnel de soins
  
- **Objectif 2 : Favoriser le maintien du lien familial**
  - Recensement des besoins, attentes et disponibilités des familles selon les souhaits du résident,
  - Organisation de manifestations, de rencontres ouvertes aux familles en interne ou en externe (événementiels, sorties...)
  - Implication de ces familles dans l'organisation de ces événements,
  - Utilisation des outils NTIC (internet, tablettes) pour l'amélioration de ces liens

### 5.2.6- Axe Maintien et développement des liens sociaux en externe

#### *Déclinaison de l'axe en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Achat d'un véhicule adapté afin de développer les sorties extérieures pour les personnes dépendantes physiquement	2020

#### *Déclinaison des objectifs en plan d'actions*

- **Objectif 1 : Achat d'un véhicule**
  - Ecriture du projet d'achat du véhicule
  - Ecriture du projet de sorties

### Actualisation de mai 2022

Hormis l'achat d'un minibus adapté, qui sera réalisé après avoir déménagé dans la nouvelle construction de manière à pouvoir le garer en toute sécurité, l'ensemble du projet d'animation et de vie sociale a été réalisé.

Les nouveaux axes de travail avant le déménagement, et juste après pour vérification ; vont essentiellement évoluer autour de ces deux thèmes :

- Révision des procédures d'accueil et des documents contractuels obligatoires (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement,
- Agencement et mobilier du nouvel établissement pour en faire un lieu de vie et de repères pour le résident

Enfin, un troisième axe sera travaillé sur du long terme et retrouvé dans le prochain projet d'établissement, à savoir : l'EHPAD, tiers-lieu au sein de la commune. Cet axe sera travaillé avec le Conseil municipal des Séniors qui vient juste de se constituer et avec le Conseil municipal des Jeunes, lequel avait des liens réguliers avec l'EHPAD avant la crise sanitaire.

## 5.3 Projet social et managérial

### 5.3.2- Définition des Axes Prioritaires

La définition des axes prioritaire est basée sur la prise en compte du diagnostic et des besoins émanant du groupe de travail

#### 1. Projet social

- Formation
- Approche qualitative et personnalisée de la GRH
- Conditions de travail actions sociales

#### 2. Projet managérial

- Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
- Politique de communication
- Culture Commune

### 5.3.3- Projet social : axe Formation

Objectifs	Formulation des objectifs	CT, MT, LT
1	Réaliser un plan de formation pluriannuel	2016
2	Faire de l'agent un acteur de sa formation	2017
3	Diversifier les formations autres que celles du PIE pour tous les agents	2017
4	Partage des apports de la formation	2019

#### *Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions*

- **Objectif 1 : Réaliser un plan de formation pluriannuel**
  - Recensement et analyse des besoins (lien avec l'entretien d'évaluation du personnel)
  - Formalisation du plan en trois parties (formations institutionnelles, formation par secteurs/filières, formations individuelles)
  - Concertation avec les RP et validation par les instances
  - Détermination du nombre de groupes, en formation, des durées de chaque formation et coût par formation, lissage sur plusieurs années
  - Elaboration d'un planning pluriannuel de formations avec recherche de partenaires, mutualisation avec d'autres établissements

- Réalisation d'un bilan annuel quantitatif et qualitatif (typologie, financement...)
- **Objectif 2 : Faire de l'agent un acteur de sa formation**
  - Mettre à disposition catalogues, informations sur nouveaux diplômes, brochures, portes ouvertes des écoles
  - Formaliser les besoins de l'agent lors de l'entretien annuel d'évaluation,
  - Remettre à l'agent les attestations de formation pour tenir à jour son livret
  - Prioriser les demandes des agents pour le plan de formation pluriannuel
- **Objectif 3 : Diversifier les formations autres que celles du PIE**
  - Recenser les formations hors PIE venant soit d'un choix de l'agent, soit d'une action stratégique de l'établissement,
  - Rédaction de cahier des charges précis envoyé à plusieurs organismes et suivi des formations
- **Objectif 4 : Partage des apports de la formation**
  - Avant le départ de l'agent en formation, lecture du contenu de la formation avec le supérieur hiérarchique pour formaliser un à deux objectifs au retour de formation,
  - Au retour de l'agent, évaluation à chaud de la formation et choix de micro-actions à mettre en place,
  - Présentation à l'équipe des grandes thématiques de la formation acquise et des micro-actions à mettre en place

#### 5.3.4- Projet social : axe approche qualitative et personnalisée de la GRH

Objectifs	Formulation des objectifs	CT, MT, LT
1	Améliorer et formaliser l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants quel que soit le service	2017
2	Réactualiser les fiches de poste et l'organisation	2016-2017
3	Information du personnel sur leur déroulement de carrière	2018
4	Offrir des perspectives d'évolution de carrière et de titularisation si possible	2018
5	Formaliser évaluation/notations/prime/avancements et évaluations régulières des agents	2017
6	Gérer de manière innovante les incapacités	216

#### Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions

- **Objectif 1 : Améliorer et formaliser l'accueil de nouveaux arrivants**
  - Formalisation d'un entretien systématique avec le supérieur hiérarchique direct
  - Mise en place d'un système de tutorat à l'arrivée dans le service

- Rédaction d'une check-list des éléments nécessaires au nouvel arrivant (règlement intérieur, plan de l'établissement, livret d'accueil, charte, DVD...)
  - Planifier une courte formation incendie et utilisation des matériels aux nouveaux arrivants
  - Réactualiser le livret d'accueil et le personnaliser par service
- **Objectif 2 : Réactualiser les fiches de poste et l'organisation**
    - Rédiger les fiches de poste inexistantes ou à réactualiser (diététicienne, psychomotricienne...)
    - Mise à jour des fiches de tâches
    - Evaluation régulière des cycles et roulements notamment selon effectifs en temps partiels
- **Objectif 3 : information du personnel sur leur déroulement de carrière**
    - Organisation de réunion sur le statut, voire de formation (1 journée ANFH)
    - Information lors des entretiens d'évaluation
    - Diffusion d'une fiche carrière pour les agents
- **Objectif 4 : offrir des perspectives d'évolution de carrière et de titularisation si possible**
    - Etat des lieux des métiers existants et futurs
    - Information sur les possibilités d'avancements, concours, diplômes et formations qualifiantes
      - Concertation avec les RP et validation par les instances
- **Objectif 5 : Formaliser évaluations/notations/ primes/avancements**
    - Prévoir une évaluation supplémentaire lors de l'échéance des objectifs si besoin,
    - Evaluer les contractuels
    - Travail sur trame d'évaluation avec association des directeurs et cadres
    - Formaliser la procédure d'évaluation et de notation avec une planification du circuit
    - Validation par les instances CTE
    - Information des agents sur la procédure
- **Objectif 6 : gérer de manière innovante les incapacités**
    - Prise de contact avec le référent FHF handicap pour la connaissance de toutes les possibilités offertes,
    - Selon les situations individuelles, saisir les associations et/ou fonds adéquats en lien avec référent

#### 5.3.5- Projet social : axe conditions de travail

Objectifs	Formulation des objectifs	CT, MT, LT
1	Adapter les locaux	LT
2	Anticiper les RPS et soutenir psychologiquement les agents	2017
3	Sensibiliser l'ensemble du personnel à l'utilisation du matériel	2016

4	Maintenir un dialogue social constructif	2016 -2021
5	Informier et diffuser l'information pour toutes possibilités d'actions sociales	2018
6	Pallier l'absence des agents sans pénaliser les services	2017

***Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions***

- ***Objectif 1 : adapter les locaux cf supra projet architectural***
- ***Objectif 2 : anticiper les RPS et soutenir psychologiquement les agents***
  - Formation de l'ensemble des responsables de secteur aux RPS
  - Analyse fine de l'absentéisme à venir
  - Enquête RPS auprès des agents
  - Maintien d'une convention avec des psychologues quelle que soit l'assurance statutaire retenue
- ***Objectif 3 : Sensibiliser l'ensemble du personnel à l'utilisation du matériel***
  - Démonstration et formation par personnel PRAPS et prestataires extérieurs
  - Elaboration de protocoles d'utilisation du matériel
  - Priorisation des matériels auxquels le personnel doit être formé, si nécessaire
- ***Objectif 4 : Maintenir un dialogue social constructif***
  - Organisation de rencontres régulières, notamment en amont des instances pour les promotions, avancements ou situations délicates d'un agent,
  - Formation des nouveaux RP
  - Calendrier annuel des instances
- ***Objectif 5 : informer et diffuser l'information sur les actions sociales***
  - Réunion d'information sur des thèmes d'actualité,
  - Mise à disposition auprès du personnel de toutes les plaquettes d'information
  - Information la plus large possible de toute nouveauté existant dans le dispositif
- ***Objectif 6 : Pallier l'absence des agents sans pénaliser les services***
  - Définition de règles écrites applicables pour tous
  - Polyvalence du RDC
  - Recrutement de contractuels dès que financements disponibles
  - Mise à jour d'un fichier de remplaçants potentiels

5.3.6- Projet managérial : GPMC

Objectifs	Formulation des objectifs	CT, MT, LT
1	Maintenir l'effectif	2018
2	Réaliser une politique pluriannuelle de recrutements/anticipations départs	2019
3	Mutualiser pour de nouveaux métiers	2020

**Objectif 1 : Maintenir l'effectif**

- Définition des Missions et fonctionnement des Représentants du personnel o Recensement des besoins et évaluation des moyens mis à disposition
- Identification d'un local syndical adapté
- Conventonnement avec les RP (charte de fonctionnement)

• **Objectif 2 : Réactualiser une politique pluriannuelle de recrutements et d'anticipations des départs**

- Mise en place d'espaces d'information à destination du personnel accessible pour chaque site
- Association et participation des personnels aux divers projets et réflexions
- Information sur le renouvellement des instances et leur rôle

• **Objectif 3 : S'orienter vers de nouveaux métiers par mutualisation**

- Organisation de rencontres régulières avec le Directeur (1 fois / 2 mois)
- Planification de rencontres avec la DRH pour travailler des points inscrits à un ordre du jour
- Compte rendu et suivi des rencontres
- Elaboration d'un calendrier annuel des instances

5.3.7-Pôle managérial : axe communication

Objectifs	Formulation des objectifs	CT, MT, LT
1	Formaliser la politique de communication interne et externe	2019
2	Améliorer la communication interne (formalisme et NTIC)	2019
3	Garantir l'équité des agents en terme d'informations	2016
4	Faire preuve de créativité et d'innovation quant à la communication externe	2020

**Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions**

• **Objectif 1 : Formaliser la politique de communication interne et externe**

- Rédaction d'un plan de communication
- Groupe de travail à partir d'une trame élaborée par la directrice
- Correction et validation de la trame
- Validation par les instances
- Présentation du plan à l'ensemble du personnel

• **Objectif 2 : Améliorer la communication interne**

- Réflexion et planification de l'affichage et affichage dynamique des informations en prospective
- Réalisation d'un site intranet
- Travail sur des informations partagées sur le réseau et arborescence

- Planification d'achats relatifs aux NTIC
- **Objectif 3 : Garantir l'équité des agents en terme d'information**
  - Agents relais pour les informations importantes
  - Engagement des agents du CORES à faire redescendre l'information
- **Objectif 4 : Faire preuve de créativité et d'innovation**
  - Réalisation d'un site internet
  - Mise en valeur de l'établissement sur des réseaux professionnels
  - Rattachement de l'établissement à tout développement de l'hôpital numérique

#### 5.3.8- Projet managérial : développement d'une culture commune

Objectifs	Formulation des objectifs	CT, MT, LT
1	Favoriser les échanges entre professionnels	CT, MT, LT
2	Réaliser un journal interne à destination du personnel	MT
3	Maintenir et améliorer le management participatif	MT
4	Développer une culture gérontologique pour tous les agents et intervenants extérieurs	MT
5	Conserver et développer les rituels	

#### *Déclinaison de chaque objectif en plan d'actions*

- **Objectif 1 : Favoriser les échanges entre professionnels**
  - Organisation de réunions (type, fréquence, roulement entre les 3 sites) et de formations intersites
  - Travail de projets en groupe multi-disciplinaires,
  - Partenariat établissement-Amicale à développer
  - Organisation d'événements porteurs
- **Objectif 2 : Réaliser un journal interne à destination du personnel**
  - Appel à candidature pour la constitution d'un groupe de travail
  - Recensement des attentes et besoins du personnel par une enquête,
  - Maquette du journal avec thématiques abordées (récurrente et événementielle)
  - Réflexion sur le nombre de pages, fréquence, modalités de diffusion et pérennisation du journal interne

- **Objectif 3 : Maintenir et améliorer le management participatif**
  - Travail en mode projet participatif
  - Prévoir une enquête annuelle de satisfaction
  
- **Objectif 4 : Développer une culture gérontologique pour tous les agents et intervenants extérieurs**
  - Poursuite de la formation de tous les agents et bénévoles à la bientraitance,
  - Intégration de la bientraitance et de ce qu'elle implique dans les présentations aux nouveaux agents, famille et de ce que cela implique au niveau des relations interprofessionnelles
  - Continuer toute formation et information sur le vieillissement de la personne
  
- **Objectif 5 : conserver et développer les rituels**
  - Départs à la retraite
  - Cérémonie des vœux
  - Réactualiser le dossier médailles du travail

#### Actualisation de mai 2022

Plusieurs axes ont été travaillés, non selon le calendrier défini mais selon les opportunités.

Ainsi pour la gestion personnalisée des ressources humaines :

- L'aspect « maintien dans l'emploi » avec simultanément des formations et audits ANFH et le travail de stagiaires au sein des ressources humaines pour formaliser cette prise en charge (annuaire mis à jour des personnes et associations ressources, courriers-type...)
- Les critères évaluations/notations/avancements ont été travaillés au travers d'une nouvelle obligation réglementaire, les lignes directrices de gestion (LDG).

Les conditions de travail, dans l'attente de locaux plus fonctionnels, ont toujours été revues dans le cadre du DUERP et les accidents de travail sont analysés par les membres du CHSCT. La politique de communication a vu quelques actions avancer : newsletter mensuelle avec la fiche de paye, site internet (intra en 2023...), archivage des notes...mais elle devra faire l'objet d'une formalisation par un plan de communication écrit. Les rituels ont disparu lors de la crise COVID.

En plus de la culture gérontologique, l'établissement développera, en lien avec le CEPPRAAL, la culture de sécurité qui repose sur une cohésion d'équipe et permettra d'endiguer les conflits intergénérationnels pour développer une culture de la transmission.

## 5.4 Le projet hôtelier et logistique

### 5.4.1- Axe Transversal

#### *Déclinaison de l'axe transversal en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Valoriser le patrimoine de l'établissement	2016
Objectif	2	Définir une politique d'approvisionnement des produits d'entretien	2016

#### *Déclinaison de l'objectif en plan d'actions*

- **Objectif 1 Réaliser l'inventaire de l'établissement**
  - Création d'une fiche de recensement à distribuer au CORES à chaque responsable de service
  - Retour des fiches de recensement
  - Contrôle de la présence de chaque bien dans le logiciel de gestion
  - Fiche d'amortissement à rapprocher de l'inventaire pour définir la politique de remplacement des investissements

#### **Objectif 2 : Définir une politique d'approvisionnement des produits d'entretien**

- Définition d'un groupe de travail
- Rédaction d'un nouvel imprimé de commande

### 5.4.2- Axe Restauration

#### *Déclinaison de l'axe restauration en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Définir un plan alimentaire sur cinq semaines	2016
Objectif	2	Définir une fiche de poste pour la diététicienne	2016
Objectif	3	Redéfinir le fonctionnement de la commission de menus	2017

#### *Déclinaison de l'objectif en plan d'actions*

- **Objectif 1 : Définir un plan alimentaire sur cinq semaines puis élaborer des menus par saison**
- **Objectif 2 : Définir une fiche de poste pour la diététicienne**

- Rédaction de la fiche de poste à partir du référentiel métier et de la priorisation des besoins,
  - Validation de la fiche par les instances
- **Objectif 3 : Redéfinir le fonctionnement de la commission des menus**
    - Validation d'une nouvelle composition incluant les résidents
    - Etablissement d'un calendrier des séances et rédaction de PV par séance.

#### 5.4.3- Axe Blanchisserie

##### *Déclinaison de l'axe blanchisserie en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Développer l'autonomie pour la partie du linge externalisé	2016
Objectif	2	Mettre aux normes la blanchisserie	2017-2020
Objectif	3	Simplifier la traçabilité RABC	2016

##### *Déclinaison de l'objectif en plan d'actions*

- **Objectif 1 : Développer l'autonomie pour la partie du linge externalisé**
  - Equipement informatique de la blanchisserie (ordinateur, tablette, scanner...)
  - Connexion pour site commandes et gestion du stock de linge
  - Formation du personnel de blanchisserie aux NTIC
- **Objectif 2 : Mettre aux normes la blanchisserie**
  - Investissement pour des machines avec double ouverture,
  - Travail sur le projet architectural de nouvelle construction
- **Objectif 3 : Simplifier la traçabilité**

#### 5.4.4- Axe Services Techniques

##### *Déclinaison de l'axe technique en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Diminuer les délais d'intervention pour les travaux	2016
Objectif	2	Revisiter la politique de maintenance préventive et curative	2016
Objectif	3	Diminuer les interventions extérieures	2017-2018

- **Objectif 1 : Diminuer les délais d'intervention pour les travaux**
  - Réflexion et mise en place d'une procédure pour la demande d'intervention pour bon de travaux
  - Rédaction du circuit et du support « bons de travaux » avec les services demandeurs
  - Définir un système de priorisation et de traçabilité des travaux réalisés
  - Retour à la direction, dans un rapport d'activités des types d'intervention.
  
- **Objectif 2 : Revisiter la politique de maintenance préventive et curative**
  - Identifier l'ensemble des contrats de maintenance par matériel
  - Renégocier auprès de plusieurs prestataires les contrats anciens
  - Planifier et tracer annuellement les visites pour maintenance
  
- **Objectif 3 : Diminuer les interventions de prestataires externes**
  - Recensement des tâches et nature des dépenses par artisan,
  - Identification des dépenses les plus fréquentes
  - Inventaire des compétences des agents et formation de ces derniers

#### 5.4.5- Axe Hôtellerie Ménage

##### *Déclinaison de l'axe hôtelier en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Redéfinition des fiches de postes des ASHQ du RDC	2016
Objectif	2	Favoriser et consolider la convivialité du moment du repas	2016

#### 5.4.6- Axe Administration

##### *Déclinaison de l'axe administratif en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Améliorer les aspects de confidentialité des données	2017
Objectif	2	Mettre en place une politique d'informatisation des services	2016-2018

- **Objectif 1 : Améliorer les aspects de confidentialité des données**
  - Réaménagement des bureaux

- Travail sur le projet architectural
  
- **Objectif 2 : Mettre en place une politique d'informatisation des services**
  - Recensement des besoins en matériel et informatique pour chaque service
  - Priorisation des besoins
  - Estimation budgétaire et plan d'investissement sur quelques années
  - Prévisionnel des besoins en formation à établir

#### **Actualisation de mai 2022**

L'ensemble des actions logistiques ont été menées à bien.

Pour 2022-2023, les axes d'amélioration sont les suivants :

- Restauration : perpétuer les commissions de menus et sous-commission de dénutrition ; revoir l'organisation afin de répondre au plus près aux besoins des résidents ;
- Administration : transmission de l'ensemble des connaissances RH et gestion commune dans le cadre de départ à la retraite,
- Logistique : intégrer et négocier les nouveaux contrats de maintenance du nouvel établissement.

## 5.5- Le Projet Qualité, Gestion des Risques et Développement Durable

### 5.5.1- Axe Qualité

#### *Déclinaison de l'axe en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Mise en place du Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ)	2016
Objectif	2	Mise en place d'un manuel qualité	2016

#### *Déclinaison des objectifs en plan d'actions*

- **Objectif 1 : Mise en place du plan d'amélioration de la qualité (PAQ)**
  - Réaliser un PAQ sur deux ans, en lien avec l'évaluation interne
  - Diffusion du PAQ dans les services
  - Poursuivre la sensibilisation du personnel à la culture qualité
  - Réaliser un bilan de fin d'année
- **Objectif 2 Mise en place d'un manuel qualité**
  - Réaliser un manuel qualité
  - Le diffuser dans le service,
  - S'assurer de ses mises à jour et suivi

### 5.5.2- Axe Gestion des risques

#### 1. Réaliser une cartographie des risques

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Définir la cartographie des risques	2017
Objectif	2	Améliorer la déclaration des FEI et FER par le retour au déclarant	2016
Objectif	3	Pérenniser les audits internes à partir des protocoles	2016
Objectif	4	Réactualiser le plan bleu	2017

- **Objectif 1 : Définir la cartographie des risques**
  - Identification des risques avec les FEI, audits, rapport de contrôle...
  - Classement des risques par familles,
  - Evaluation de ces risques,
  - MAJ

- **Objectif 2 : Améliorer la déclaration des FEI et FER**
  - Sensibilisation des professionnels,
  - Révision circuit FEI
  - Révision méthodologie FEI
  
- **Objectif 3 : Pérenniser les audits internes à partir des protocoles**
  - Réalisation d'un programme d'audits une fois par an,
  - Réalisation d'un bilan de ce programme et diffusion
  
- **Objectif 4 : réactualiser le plan bleu**
  - Mise à jour annuelle du Plan Bleu
  - Evaluer son caractère fonctionnel pour les agents

## 2. Améliorer la gestion du risque infectieux

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Inventaire des risques infectieux	2018
Objectif	2	Déterminer les aspects préventifs et curatifs du risque infectieux	2018

- **Objectif 1 : Inventorier les risques infectieux**
  - Utilisation du Document Unique pour les risques touchant le personnel,
  - Utilisation du Document d'analyse des risques infectieux (DARI)
  - Exploitation des FEI
  
- **Objectif 2 : Déterminer les aspects préventifs et curatifs du risque infectieux**
  - Réalisation d'un support sur le dispositif de maîtrise du risque infectieux,
  - Tableau des améliorations souhaitées
  - Instauration d'indicateurs qualité à suivre
  - Programme d'audits annuels,
  - Auto-évaluation grâce au DARI

### 5.5.3- Axe Développement Durable

#### 1. Communication et sensibilisation au développement durable

##### *Déclinaison de l'axe en objectifs*

Objectifs		Formulation des objectifs	CT, MT, LT
Objectif	1	Acheter éco-responsable	2018
Objectif	2	Intégrer la notion de développement durable dans la future construction	2018

<b>Objectif</b>	<b>3</b>	Réaliser des journées à thème sur le développement durable	<b>2018</b>
-----------------	----------	--	-------------

***Déclinaison des objectifs en plan d'actions***

- ***Objectif 1 : Acheter éco-responsable***
  - Utilisation de filières de recyclage lors du renouvellement de matériels
  - Introduction de fournitures et produits éco-labellisés,
  - Consommer utile,
  - Information sur le bon usage des produits achetés,
  - Orientation vers des produits locaux
- ***Objectif 2 : Intégrer la notion de développement durable dans la future construction (cf infra projet architectural)***
- ***Objectif 3 : réaliser des journées à thème sur le développement durable***

**2. Développer au quotidien le développement durable**

***Déclinaison de l'axe en objectifs***

<b>Objectifs</b>		<b>Formulation des objectifs</b>	<b>CT, MT, LT</b>
<b>Objectif</b>	<b>1</b>	Développer une conduite à tenir pour réduire la consommation énergétique	<b>2016</b>
<b>Objectif</b>	<b>2</b>	Améliorer les isolations	<b>2020</b>
<b>Objectif</b>	<b>3</b>	Valoriser les déchets	<b>2020</b>
<b>Objectif</b>	<b>4</b>	Généraliser la récupération des déchets alimentaires	<b>2017</b>

***Déclinaison des objectifs en plan d'actions***

- ***Objectif 1 : Développer une conduite à tenir pour réduire la consommation énergétique***
  - Instauration de gestes simples, éco-responsables pour chacun de nous,
  - Installation de compteurs individualisés dans les services
- ***Objectif 2 : Améliorer les isolations***
  - Réalisation d'un bilan thermique
  - Introduction de matériaux renouvelables
- ***Objectif 3 : Valoriser les déchets***
  - Sensibilisation au tri sélectif
  - Rappel des circuits DAOM (déchets assimilés ordures ménagères) et DASRI (déchets d'activités de soins à risque infectieux)

- **Objectif 4 : Généraliser la récupération des déchets alimentaires**
  - Organiser le compostage
  - Réfléchir sur une méthanisation des aliments

#### Actualisation de mai 2022

Les ressources humaines ont fortement varié selon les années sur la qualité : l'axe qualité n'a pas été réalisé.

En revanche celui relatif au développement durable est terminé.

Sur la gestion des risques, la cartographie n'est pas complète mais l'établissement a, en revanche, retravaillé les processus des protocoles (management, accompagnement et soins des résidents et fonctions supports) afin d'obtenir un suivi fiable et lisible, tout en acquérant le logiciel de documentation des risques AGEVAL. Il y a à poursuivre et développer l'analyse et la gestion des fiches d'événement indésirable et la culture sécurité (cf projet social et managérial).

## 5.6- Le Projet Architectural

### 5.6.1 Enjeux de l'opération

La reconstruction totale de l'établissement est motivée par trois motivations principales :

1. L'individualisation des chambres doubles déjà inscrite dans la convention tripartite dite de 2<sup>ème</sup> génération (2011-2015). En effet, actuellement, sur 82 résidents, 50 sont logés en chambre double alors que l'arrêté de 1999 prévoyait, au maximum pour les EHPAD, 10% de chambres doubles. Ces chambres doubles constituent une maltraitance institutionnelle ne faisant que renforcer les troubles cognitifs et de comportement des résidents.
2. La conformité aux normes accessibilité. Au vu de la vétusté des locaux et des dénivelés, il n'est pas possible d'obtenir une conformité aux normes accessibilité handicap. Des pentes de 8 à 10%, formées au fur et à mesure de l'extension des bâtiments, entravent la liberté de circuler des résidents, le maintien de leur autonomie et constituent une gêne à la manutention pour les soignants.
3. Une réponse mieux ciblée aux besoins. Faute d'unité protégée ou de cantou, l'EHPAD refuse un nombre croissant de personnes âgées désorientées et/ou déambulantes. Une unité de vie protégée (UVP) est prévue dans le futur bâtiment de 14 lits.

### 5.6.2 Caractéristiques de l'opération

La reconstruction de l'EHPAD s'effectue sur le même périmètre d'autorisation (82 lits) et il conserve en propre l'ensemble de ses services logistiques : cuisines, blanchisserie.

Cette reconstruction va se réaliser sur un terrain propriété de l'EHPAD, située en face du bâtiment actuel, de l'autre côté de l'avenue Mellet-Mandard. Cette implantation, outre qu'elle ne nécessite pas d'investissements fonciers, présente l'avantage de demeurer au centre de la cité, à proximité des services tant culturels (Médiathèque, Maison des Jeunes et de la Culture, Cinéma) que commerciaux (petite zone commerciale au sein de la résidence du Parc) auxquels les résidents auront accès.

Cette opération immobilière comporte **trois étapes** :

1. La démolition de la passerelle actuelle et son remplacement par la construction d'un pont permettant le passage de véhicules de gros gabarits dont ceux des pompiers. Cette étape s'est déroulée d'octobre 2018 à début 2019.
2. La construction du nouvel EHPAD, avec le planning prévisionnel suivant :
  - Remise du document de consultation aux entreprises (DCE) : 18 octobre 2019
  - Etablissement du DCE définitif et des pièces de la consultation au 30 octobre 2019,
  - Lancement de la consultation : 15 novembre 2019,
  - Date limite de remise des offres : 15 décembre 2019
  - Analyse des offres : fin décembre 2019,
  - Négociation pour les petits lots passés en procédure adaptée : 1<sup>ère</sup> quinzaine de janvier 2020,
  - Attribution des marchés, y compris la demande des pièces réglementaires (Code de la Commande Publique) : dernière quinzaine de janvier 2020,

- Ordre de service pour démarrage des travaux : février 2020.

3. La démolition des bâtiments les plus récents situés le long de la rue Crozet Vérot pour y faire des parkings. De ce fait, l'adresse de l'établissement reste inchangée. Le diagnostic amiante avant démolition a été réalisé, ainsi que celui « déchets des travaux » : deux endroits précis et circonscrits révèlent de l'amiante. La démolition se fera par « grignotage » depuis l'accès du parking actuel vers la maison de maître. Il commencera sur deux nuits afin de préserver l'accès actuel aux seuls ambulances et services de secours et pour ne pas perturber la circulation devant les écoles.

### 5.6.3. Caractéristiques des nouveaux locaux

**Le site d'implantation** du nouvel EHPAD, d'une superficie de 8591 m<sup>2</sup> se situe sur un terrain en friche. Il s'agit d'un bel espace planté d'arbres à haute tige, en fond d'un espace public naturel qui donne un caractère de calme et de sérénité à cette parcelle de centre ville, malgré la présence de la route départementale en contrebas. Il est composé, exactement des parcelles cadastrales **250 AI 17/18/ 651/ 652/ 658/ 659/ 662/663/66/667/669/670/673/674** et **250 AI 437/438/439/440**

**La configuration triangulaire du terrain en forte pente**, doublée de la grande dépendance des résidents hébergés ont guidé le projet architectural : tout part de la mise en relation physique et visuelle des deux niveaux les plus bas, de plain-pied avec l'extérieur grâce à la déclivité du terrain.

Il se situe dans le quartier de Saint-Just essentiellement composé de villas et d'immeubles résidentiels, en ordre discontinu et de faible densité, entouré de parcs et de parking. Le projet porte sur la construction d'un bâtiment de **quatre niveaux** :

- **Un rez-de-chaussée** avec une administration et un accueil au cœur des services, bien visible dès l'arrivée sur le site et en communication directe avec les lieux de vie et d'hébergement, la cuisine et la lingerie, les locaux vestiaires, les utilités et les locaux techniques,
- **Un rez-de-jardin**, avec sa place de village ouverte de plain-pied sur l'extérieur ; elle centralise à son entour la salle polyvalente et ses locaux d'animation, la salle à manger, le salon de coiffure, les locaux de soins centralisés, les montées verticales, l'unité protégée de 14 lits pour Alzheimer et le PASA, chacun de ces derniers disposant de jardins clos et sécurisés,
- **Le niveau 1 et niveau 2**, deux étages courants de 34 lits réunis autour des points de centralité que constituent les montées verticales, les lieux de vie et de soins.

**La composition volumétrique** joue sur la notion de maisonnée avec des orientations variées et des volumes séquencés qui évitent l'effet de « monobloc » - pas de longs couloirs rectilignes et borgnes-, et avec des toitures qui renvoient à l'image de la maison pour mieux accueillir le résident et s'insérer dans le tissu urbain de proximité.

**En matière environnemental**, l'opération répond aux attentes RT 2012. L'opération de construction a fait l'objet d'une étude de faisabilité relative aux approvisionnements en énergie (bâtiment de plus de 1000 m<sup>2</sup>) et prend en compte la réglementation thermique avec la mise en place d'une pompe à chaleur réversible pour le plancher chauffant rafraichissant, avec appoint et secours par chaudières gaz. Il est également prévu des capteurs solaires thermiques pour la production d'eau chaude sanitaire. En terme d'exigence de résultat le besoin bioclimatique conventionnel attendu est de 138,2, soit inférieur au Bbio max (167,2).

### 5.6.4 Normes HQE

**L'intégration du dispositif environnemental est maîtrisée aussi bien dans l'éco-construction que dans le chantier à faible impact environnemental.**

Ainsi, pour la construction, les matériaux sont choisis d'après leurs caractéristiques environnementales et sanitaires (FDES, base INIES) pour tout ce qui concerne les peintures, revêtements de sol,

plafonds... Une attention particulière sera portée sur les émissions de COV. Les matériaux en contact avec l'air intérieur seront de catégorie A+ ce qui limite les émissions pour chaque type de polluant. Pour le gros œuvre, le recours à du béton bas-carbone de type ECOCEM pour la structure porteuse du bâtiment sera privilégiée : il réduit l'impact en énergie grise et en carbone des constructions par le recours à des techniques de fabrication incluant des cendres (laitier moulu) dans les ciments, réduisant ainsi le contenu en carbone des bétons de 20%. Le recours aux matériaux biosourcés pour le second-œuvre est également retenu, dont la laine de bois pour l'isolation thermique. Pour la construction-même, les architectes ont proposé une démarche de « chantier vert » avec une charte et des pénalités si les entreprises ne respectent pas cette charte.

**La performance énergétique** se traduit concrètement par une très bonne enveloppe thermique due à une isolation par l'extérieur renforcée pour limiter le chauffage. Les niveaux d'isolation vont au-delà des références avec 20 cm d'isolant à l'extérieur, en terrasse 20 cm de polyuréthane sur la dalle béton et des doubles vitrage 16 mm argon sur menuiserie aluminium à rupture de ponts thermiques,  $U_w = 1,6 \text{ W/m}^2 \cdot \text{K}$ .

Le recours aux énergies renouvelables est effectif afin de réduire les consommations : il s'agit de panneaux solaires disposés en toiture pour préchauffer l'eau chaude sanitaire....

### 5.6.5 Equipe de maîtrise d'œuvre

La demande de permis de construire a été déposée le 29 juin 2018 et accordée le 10 avril 2019. Suite au procès-verbal d'huissier, il est forclos de recours depuis fin juin 2019. Les prescriptions du permis de construire accompagnent l'arrêté du permis en annexe.

L'architecte mandataire de maîtrise d'œuvre chargée de la construction est la société Garbit et Blondeau, sise à Lyon. Autour de l'architecte, l'équipe est constituée de :

BET Structure	Ingénierie Construction à Saint-Etienne
BET Fluides	EGC Capaldi à Sainte-Foy-Les-Lyon
BET VRD	BETIP à Coulevie
Economiste	INDICO à Lyon
OPC	ICS à Thurins
BET Cuisines	Omnes Consultants

Le conducteur d'opération est la société NOVIM à Saint-Etienne (ex-SEDL).

Le bureau de contrôle SOCOTEC et le coordonnateur SPS, Elyfec.

## 5.7- Projet de Coopérations : GCSMS

### **L'environnement**

La réflexion s'est portée sur 6 établissements publics médico-sociaux gériatriques de type EHPAD autonome :

EHPAD Saint Jean Soleymieux  
EHPAD Maison d'Accueil Saint Just Saint Rambert  
EHPAD Mellet Mandard Saint Just Saint Rambert  
EHPAD Andrezieux Bouthéon  
EHPAD Saint Héand  
EHPAD La Fouillouse

### **L'origine de la demande**

Il s'agit d'une initiative d'un groupe d'Etablissements qui ont mis en place de nombreuses coopérations en termes d'animation, d'accompagnement, mais aussi administratives techniques et logistiques et ce, depuis plusieurs années.

Cette mutualisation par projet est une réussite en termes de performance globale des établissements. Nous entendons la performance globale comme la mesure de la satisfaction des usagers, de l'utilité de la mutualisation, des économies générées.

Au-delà de ces indicateurs, la mutualisation par projet permet aussi de rompre l'isolement des directions en EHPAD autonome.

Nous menons des actions conjointes de façon harmonieuse, chacun trouvant, semble-t-il, sa place dans le dispositif actuel. Il convient donc de maintenir cet état d'esprit actuel protecteur pour les chefs d'établissement et les structures mais également de pousser les coopérations innovantes.

La coopération est donc déjà bien installée (voir ci-dessous le diagnostic des actions communes) dans un climat de confiance sans signature d'un GCSMS.

**Toutefois, le contexte dégradé autour des EHPAD et la concurrence forte des groupements associatifs et privés poussent le groupe à une coopération plus intégrée sans remise en cause de l'existant.**

**Par ailleurs, le nouveau mode de gouvernance par les appels à projets nécessite de s'organiser pour pouvoir y répondre dans de bonnes conditions.**

L'idée est aussi de fixer les thématiques nouvelles de coopération notamment sur la question de la politique d'investissement, de la gestion des ressources humaines au plan territorial, de la communication de crise, etc...

## Diagnostic des actions communes

Thématiques	Bilan de ce qui a été fait ces dernières années
<b>Sécurité/Continuité de service</b>	Astreintes partagées administratives et techniques Intérim assuré par les Directeurs (trices) du groupement Les périodes d'intérim permettent de préparer les équipes aux changements de gouvernance dans un climat apaisé
<b>Groupes de travail</b>	Groupe de travail « ressources humaines » Groupe de travail « sécurisation des établissements » Groupe de travail départemental qualité Groupe de travail ARS évaluation interne/externe
<b>Harmonisation des pratiques Lieu de transmission d'informations Veille juridique</b>	Réunion de gardes administratives sont aussi le lieu d'échanges de pratiques et d'harmonisation des pratiques Les différents projets mutualisés sont autant d'occasions de développer les échanges professionnels et d'harmoniser les pratiques dans les différents établissements
<b>Séminaire de formation des directions MANAGEMENT DES ETABLISSEMENTS</b>	EPRD, management, formation technique (Absentéisme..)
<b>Temps partagés</b>	IDE hygiéniste (Saint Héand, Maison d'Accueil, Andrezieux La Fouillouse), qualificateur (Saint Héand Maison d'Accueil), ergothérapie, diététicienne, ...
<b>« Système d'information » Gestion documentaire  Gestion informatique</b>	Echanges réguliers par mail sur la veille documentaire et juridique, documents partagés, Convergence des logiciels (planning, qualité, dossier patient) Groupe utilisateur (maison d'Accueil Saint Héand)
<b>Pole RH, formation, GPMC</b>	Axes communs de formation via l'ANFH, la filière de Montbrison, l'Association des Directeurs etc... Participation aux jurys de concours pour les cadres de santé, directeurs
<b>Formations communes pour les agents, l'encadrement et la Direction</b>	Formation pour la Direction et l'encadrement au management des RPS Plan inter-établissements de l'OPCA dont font partie les six établissements
<b>Qualité</b>	Recrutement commun d'un qualificateur Utilisation du même logiciel Choix d'un même prestataire pour l'évaluation interne
<b>Pole « communication »</b>	Film des Olympiades Journée des Usagers
<b>Gestion des risques :</b>	Formations partagées sur les risques psycho-sociaux Choix de prestataires ou d'outils communs sur la sécurisation du circuit du médicament Partage et amélioration des protocoles en groupe de travail
<b>Finances et marchés publics</b>	Formations et groupe de travail communs sur l'ERRD et l'EPRD

<b>Budgétaire</b> <b>Marchés publics</b>	Temps de travail commun Prestataires identifiés pour assurance statutaire Solutions logicielles identiques Dossier patient informatisé : club utilisateur Marché de la prestation linge commun
---	--

**Les orientations stratégiques : 4 orientations stratégiques au service du projet, déclinées en 12 objectifs et 28 actions**

- > **Axe stratégique n°1 : Adapter une offre commune aux besoins de la population sur le territoire, proposer des actions innovantes**
  - > Objectif : Renforcer la fluidité des parcours sur le territoire du GCSMS
    - > Définir les modalités de mobilisation des prestations par et entre les membres du GCSMS
    - > Développer des partenariats au niveau du GCSMS
    - > Renforcer la coopération / le partage d'expériences entre les cadres de santé
  - > Objectif: Proposer des actions innovantes
    - > Réfléchir au développement de plateformes de services autour des EHPAD
    - > Réfléchir à des nouveaux modes d'accueil et d'hébergement de la personne âgée
- > **Axe stratégique n°02 : Tendre vers des organisations et outils communs visant à gagner en qualité et en performance**
  - > Objectif : Structurer l'entraide entre les EHPAD lorsqu'un des membres rencontre une difficulté
    - > Formaliser des conventions permettant aux EHPAD de faire des mises à disposition d'agents et/ou de locaux, des prêts de matériels en cas de survenue d'un événement et ainsi garantir le cadre juridique de ces aides inter-EHPAD
  - > Objectif : Consolider les politiques Qualité et Bien-être des EHPAD
    - > Développer une politique qualité partagée
    - > Renforcer la gestion des risques au niveau du GCSMS
    - > Poursuivre la dynamique de bien-être
  - > Objectif : Améliorer la qualité des accompagnements par un renforcement de la transversalité

- > Mener des réflexions communes sur les objectifs inscrits dans les CPOM relatifs aux actions de prévention et d'accompagnement des soins
- > Se rapprocher du Gérontopôle de St Etienne afin d'avoir une approche holistique de la gérontologie et être lieu d'expérimentation
- > Objectif : Sécuriser le circuit du médicament des EHPAD
  - > Améliorer le circuit du médicament avec l'appui de la PUI de l'EHPAD Mellet Mandard
- > Objectif : Améliorer les processus achats et l'analyse des coûts
  - > Renforcer le contrôle de gestion
  - > Partager les référencements et les prix pour s'assurer du "juste prix"
- > Objectif : Optimiser la gestion et l'entretien du patrimoine
  - > Partager les compétences techniques
  - > Structurer l'entraide dans le cadre de projets de restructuration
- > **Axe stratégique n°03 : Promouvoir le partage de compétences, améliorer l'attractivité des métiers et parcours professionnels**
  - > Objectif : Développer une stratégie commune de recrutement et de gestion de l'absentéisme
    - > Compléter les temps partiels pour renforcer l'attractivité de nos EHPAD (cf. Axe 2 : Structurer l'entraide entre les EHPAD lorsqu'un des membres rencontre une difficulté)
    - > Développer une stratégie commune de recrutement
    - > Poursuivre les réflexions sur des actions communes sur le recrutement et la gestion de l'absentéisme
  - > Objectif : Renforcer les synergies et le partage de bonnes pratiques
    - > Valoriser les compétences et les savoir-faire de nos établissements
    - > Proposer des formations communes
    - > Créer des postes communs en fonction des besoins / des opportunités (au niveau de 2 à 3 établissements)
  - > Objectif : Développer une culture du partage autour de l'attractivité des métiers et/ou de la qualité de vie au travail
    - > Mener une enquête commune (RPS, attractivité des métiers, qualité de vie au travail, parité...)

- > Mettre en place des actions ciblées sur des thématiques identifiées via les enquêtes
- > **Axe stratégique n°04 : Améliorer la visibilité et lisibilité de nos établissements auprès de la population et promouvoir une vision positive de l'âge**
  - > Objectif : Créer une identité visuelle commune
    - > Donner de la visibilité au GCSMS pour permettre l'identification de ce qui relève du GCSMS et des établissements
    - > Construire des outils de communication commun Valorisant le GCSMS Loire Centre (guichet unique) et les 6 EHPAD composant le groupement
  - > Objectif : Valoriser l'image du Grand Age et des EHPAD
    - > Construire des éléments de langage positifs à intégrer dans l'ensemble des supports de communication du GCSMS et des EHPAD

## **6. La coordination et le pilotage du projet d'établissement**

### 6.1- Organisation de la mise en œuvre du Projet d'Etablissement (PE)

Pour chaque projet du PE, le comité de pilotage nomme un pilote et un co-pilote avec un groupe de travail dédié pour la réalisation de chaque projet.

Pour favoriser l'implication du personnel, les pilotes et co-pilotes peuvent prendre appui sur des personnes ressources des différentes filières métiers de l'établissement. Un calendrier de rencontres a été réalisé en équipe pour organiser ce travail et son suivi.

### 6.2- Pilotage et évaluation de la mise en œuvre du PE

Le comité de pilotage validera l'ensemble des travaux avec une fréquence semestrielle. Et une évaluation globale du PE avec un suivi sera réalisée de manière annuelle.

## **7. Conclusion**

Le passage de la culture du sanitaire vers le médico-social s'est effectué rapidement lors d'une phase de transition comprise entre fin 2014, date de la première évaluation interne avec un organisme extérieur, fort différent des précédentes accréditations par la Haute Autorité de Santé. Il s'est poursuivi avec ce projet d'établissement qui a sollicité presque l'ensemble du personnel.

Ce travail a été réalisé avec une implication et enthousiasme certain de l'ensemble du personnel et de l'équipe de Direction.

## 8. Annexes du projet d'établissement

### 1. Liste des participants aux groupes de travail lors de l'élaboration de ce PE

- Groupe projet de soins et médical (pilote : Isabelle DORVIDAL, cadre de santé ; co-pilote : Dr BOUQUET)

Sophia TOUATI, IDE  
Mandana VITAL IDE  
Sabine MAUMON, IDE  
Géraldine Bègue, IDE hygiéniste  
Brigitte Rochedix, AS  
Nathalie BELMONT, AS  
Carole VERICEL, AS  
Karine JACQUEMOND, AS  
Eliane PLUVY, AMP  
Evelyne BOUCHET, ASHQ  
Françoise BERTRAND, ASHQ  
Nathalie RIVET, ASHQ  
Nadia RICCO, IDE de nuit  
Nicole BOURNICON, psychomotricienne  
A.E. BAUMGARTEN, pharmacienne

- Groupe animation et vie sociale (pilote : Valérie MORICI, animatrice ; co-pilote : Nicole BOURNICON, psychomotricienne)

Isabelle DORVIDAL, cadre de santé,  
Emilia RICCO, AMP,  
Corinne JACQUEMOND, AMP,  
Eliane PLUVY, AMP,  
Françoise LINOSSIER, AS référente animation 2<sup>ème</sup> étage,  
Stéphanie BOUTHEON, AS référente animation 1<sup>er</sup> étage,  
Estelle PHILIPPON, qualitiennne,  
Floriane CHARRA, représentante du CVS et IDE,  
Chantal SERGE, présidente de l'association de bénévoles « Rayon de Soleil »,  
M. BERTHET, représentant des familles au CVS,  
Mesdames GALLO et MAZENOD, résidente,

Suzanne AVRIL, accueil administratif

- Groupe Gestion des risques, qualité et développement durable (pilote : Estelle PHILIPPON-BREUIL, qualitiennne ; Géraldine BEGUE, IDE hygiéniste)

Isabelle DORVIDAL, cadre de santé,  
Sonia DESBORDES, directrice,  
Catherine POULENARD, IDE,  
Céline REBOUL, IDE,  
Philippe HERRMANN, responsable des services techniques,  
Mario LONGO, responsable restauration  
Chantal BERGER, AS,  
Annie PUGNET, AS,  
Valérie JUQUEL, AS,  
Anaclides ARYDARROCHA, AS,  
Marie RIBEIRO, lingère,  
Patricia MONTARD, adjoint administratif,  
Isabelle CHOMETTE, ASHQ,  
Sandra PANSIER, ASHQ  
Nathalie AUBERT, ASHQ,  
Flora SADIKU, ASHQ,

- Groupe hôtelier et logistique (pilote : Mario LONGO, responsable cuisines, co-pilote : Jean-Luc DUVERT, responsable RH)

Cédric GOMEZ, cuisinier, puis  
Gilles BRUEL, cuisinier,  
Marie RIBEIRO, lingère,  
Patrick ALMELA, agent des services techniques,  
Patricia CHAPELON, agent de bionettoyage  
Karine GILLET, agent administratif,  
Sandra PANSIER, ASHQ, référente étage,  
Cathy FAURE, ASHQ, référente étage,  
Estelle PHILIPPON, qualitiennne,  
AE BAUMGARTNER, pharmacienne

- Groupe projet managérial et social (pilote : Sonia DESBORDES, directrice ; co-pilote : Mario LONGO, responsable cuisines)

Jean-Luc DUVERT, responsable RH,  
Isabelle DORVIDAL, cadre de santé,  
Karine JACQUEMOND, AS représentante du CHSCT,  
Catherine DECULTY, AS représentante du CHSCT,  
Rose-Marie VEYLON, AS représentante du CTE,

Emilia RICCO, AS, représentante du CTE,  
Estelle PHILIPPON, qualitiienne,  
Patrick ALMELA, agent des services techniques,  
Claire NOEL, agent bionettoyage,  
Virginie HUGON, IDE  
Floriane CHARRA, IDE  
Corinne JACQUEMOND, AMP,  
Nathalie RICHARD, AS,  
Marie-Françoise CHAPUIS, ASHQ,  
Marie-Pierre RAMIER, ASHQ

## 2. Glossaire des sigles utilisés

**AMP** : aide médico-psychologique  
**ANESM** : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux  
**ANFH** : association nationale de la formation pour les hospitaliers (organisme collecteur)  
**APP** : analyse des pratiques professionnelles  
**ARS** : agence régionale de santé  
**AS** : aide-soignant  
**AVK** : antivitamines K  
**CGOS** : centre de gestion des œuvres sociales  
**CHSCT** : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail  
**COFIL** : comité de pilotage  
**CORES** : comité des responsables de secteur  
**CTE** : comité technique d'établissement  
**DARI** : document d'analyse des risques infectieux  
**DLU** : dossier de liaison avec les urgences  
**DPC** : développement professionnel continu  
**IDE** : infirmier diplômé d'Etat  
**GRH** : gestion des ressources humaines  
**GPMC** : gestion prévisionnelle des métiers et compétences  
**GT** : groupe de travail  
**FEI** : fiche d'événement indésirable  
**FER** : fiche d'événement remarquable  
**LDG** : Lignes directrices de gestion  
**MAJ** : mise à jour  
**MJC** : maison des jeunes et de la culture  
**MMS** : mini mental state examination  
**NPIES** : inventaire neuro-psychiatrique  
**PASA** : pôle d'activités et de soins adaptés  
**PAQ** : plan d'amélioration de la qualité  
**PE** : projet d'établissement  
**PEC** : prise en charge  
**PIE** : plan (de formation) inter-établissements  
**PRAPS** : prévention des risques liés à l'activité physique  
**RP** : représentant du personnel  
**RPS** : risques psycho-sociaux  
**UMASP** : unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs

