



Projet de la Fondation de Grammont 2025-2030



Table des matières

Préambule

Les valeurs de la Fondation	page 4
Signalétique	page 5/6
Les finalités de projet d'établissement	page 6
Méthodologie d'élaboration du projet	page 7/8
Evaluation annuelle du projet d'établissement	page 8
Articulation du PE avec la démarche évaluative	page 8
Planification de l'organisation du projet d'établissement	page 9
Première partie : le contexte	
Chapitre 1 Le contexte humain : Profil des personnes accueillies	page 11
Chapitre 2 Le contexte institutionnel	page 16
Chapitre 3 Le contexte externe	page 25
Deuxième partie : la stratégie	
Chapitre 4 La stratégie éthique	page 27
Chapitre 5 La stratégie médico-sociale	page 35
Chapitre 6 La stratégie partenariale	page 38
Chapitre 7 La stratégie de communication	page 40
Troisième partie : les projets fondamentaux	
Chapitre 8 Projet de vie et d'animation	page 42
Chapitre 9 Projet d'accompagnement et de soins	page 62
Quatrième partie : les projets techniques	
Chapitre 10 Projet social d'accompagnement des salariés	page 81
Chapitre 11 Projet logistique, architectural et environnemental	page 85
Chapitre 12 Projet de gestion des systèmes d'information	page 89
Chapitre 13 Projet de gestion de la qualité	page 91
Chapitre 14 Déploiement du projet d'établissement	page 95
Evaluation du projet d'établissement	page 96
Conclusion	page 97
Résumé	page 98
Annexes	page 99
Lexique	

Préambule

- Les valeurs de la Fondation de Grammont
- Signalétique
- Les finalités du projet d'établissement
- Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement
- Articulation du projet d'établissement avec la démarche évaluative
- L'évaluation annuelle du projet d'établissement

Les valeurs de la Fondation de Grammont

Un héritage de soin et d'humanité

L'histoire de l'EHPAD de la Fondation de Grammont s'enracine dans une tradition séculaire de solidarité et de soin. Elle prend ses origines au cœur même de Villersexel, dès le XV^e siècle, avec la mention d'un hôpital dans le testament du prêtre Pierre Vellet vers 1445. Cette trace ancienne témoigne de l'attention portée très tôt aux plus vulnérables dans notre territoire.

Au XVII^e siècle, dans un contexte dramatique de guerre et de peste, une Charité est organisée, puis institutionnalisée. En 1693, un Cérémonial de l'hôpital atteste de son fonctionnement. Cependant, face à la croissance démographique et au développement urbain du XVIII^e siècle, un besoin d'infrastructures nouvelles se fait sentir.

C'est dans cet esprit que le marquis Pierre de Grammont, homme de lettres, philanthrope et visionnaire, entreprend, entre 1750 et 1780, une série de grands travaux pour moderniser le bourg. Il initie la construction d'un hôpital moderne, confiée à l'architecte bisontin renommé, Nicolas Nicole. Celui-ci dessine en 1753 les plans d'un bâtiment à la fois fonctionnel et élégant, en harmonie avec les constructions majeures de la région (hôpital Saint-Jacques à Besançon, abbatale de Baume-les-Dames, etc.).

Implanté à flanc de coteau surplombant l'Ognon, l'hôpital est bâti grâce au savoir-faire d'artisans locaux. Les travaux s'étendent de 1755 à 1768. Obtenir la reconnaissance royale fut une autre épreuve que le marquis relèvera avec ténacité, usant de ses relations, notamment avec le duc de Choiseul, ministre de Louis XV. Les Lettres Patentes de création sont finalement signées en 1768, faisant de l'hôpital une institution officielle.

Dévoué à Sainte Marthe, symbole de service et de dévouement, et à Saint Théodule, patron de la famille de Grammont, l'établissement est confié à des religieuses hospitalières venues de Besançon. Sous la supervision du marquis, du clergé local et d'un personnel soignant, l'hôpital accueille alors 24 malades. Il évoluera au fil du temps, devenant une maternité de 1936 à 1972, avant de se transformer en maison de retraite.

Aujourd'hui, l'EHPAD de la Fondation de Grammont perpétue cet héritage. Il reste de confession catholique et est reconnu d'utilité publique depuis 1990. Il continue de faire vivre les valeurs fondatrices d'humanité, de bienveillance, de foi et de progrès, dans le respect de la personne âgée et de son histoire. Ce projet d'établissement s'inscrit donc non seulement dans une dynamique d'adaptation aux besoins contemporains, mais aussi dans la fidélité à une vocation ancestrale : celle d'accueillir, de soigner et d'accompagner avec dignité.

Chaque résident est et restera au cœur de notre préoccupations et donc du projet d'établissement.

L'EHPAD Fondation de Grammont est un lieu de vie et nous avons souhaité que le projet d'établissement 2025-2030 soit construit pour et avec les résidents, les familles, les soignants et les membres du conseil d'administration.

Signalétique

Dénomination de l'établissement : Établissement d'hébergement pour Personnes

Âgées Dépendantes : EHPAD Fondation de Grammont

Statut : Fondation secteur associatif à but non lucratif d'utilité publique

Organisme gestionnaire : Fondation de Grammont

N° FINESS : 700784275

Date d'autorisation initiale : 17/06/1988

Date de la dernière réception de travaux structurels : 2020 Rénovation bâtiment Saint Paul

Adresse postale : 205 Rue de l'hôpital 70110 Villersexel

Téléphone : 03.84.20.50.98

Mail : accueil@fgd70.fr

Présidente du Conseil d'administration : Madame Isabelle GEHIN

Directrice d'établissement : Madame COLIN Anne-Lise

Médecin Coordonnateur : Docteur Pierre BANWARTH

Capacités autorisées et installées : 96 Places autorisées dont 13 places d'UHR (Unité d'Hébergement Renforcée).

Part de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'hébergement : 100%.

L'établissement se compose de 5 services :

- Mimosas : 13 lits d'UHR
- Magnolias : 23 lits d'EHPAD classique
- Acacias : 24 lits d'EHPAD classique
- Myosotis : 19 lits d'UVP.
- Tilleuls : 17 lits d'EHPAD classique + 1 chambre « tampon » pour les placements d'urgence.

Propriétaire du terrain d'implantation : Fondation de Grammont

Propriétaire des bâtiments d'exploitation : Fondation de Grammont

L'établissement Fondation de Grammont est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), géré par l'Association Fondation de Grammont, association de droit privé à but non lucratif de droit local, soumis aux dispositions de la loi du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La gestion de l'établissement est assurée par un Conseil d'administration, composé, selon les statuts de ;

1 représentant de l'Etat (membre de droit)

1 représentant de conseil départemental (membre de droit)

1 représentant de la famille de Grammont (membre de droit)

Le maire de Villersexel (membre de droit)
2 personnalités qualifiées (membres de droit)
2 représentants des familles (membres de droit)
...

Le Conseil d'administration délègue une partie de ses pouvoirs au directeur de l'établissement lui permettant d'assurer sa mission, au quotidien dans le cadre de ce projet. Le directeur s'assure bon fonctionnement de l'établissement par la gestion administrative, financière et des ressources humaines dont il rend compte régulièrement au CA. Il est assisté par une équipe de collaborateurs.

Les finalités du projet d'établissement

La personne accueillie est au centre du projet d'établissement. Toutes les actions et objectifs énoncés dans le projet d'établissement sont inscrites pour améliorer la qualité de vie des résidents.

L'article L.311-8 du Code de l'action Sociale et de la Famille (CASF) stipule que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...]. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.* »

Les établissements et services doivent ainsi conduire une démarche projective en planifiant sur le moyen terme leurs objectifs et leurs moyens au regard des missions publiques qui leur sont confiées, de leurs valeurs et de l'environnement pour répondre au mieux aux besoins des personnes âgées.

Le présent document a été rédigé en application de la loi 2002.2 du 2 janvier 2002 et conformément aux articles L 311.7, L311-3, L311-4, R. 311-35 à R.311-37 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'en application de la loi 2024- 317 « Bien vieillir ».

Le comité de pilotage de création du projet s'est référé à la charte des droits et des libertés des personnes accueillies, aux lois et réglementations concernant la sûreté des personnes, les droits des usagers et les obligations en matière d'hygiène et de sécurité.

Le projet d'établissement suit les directives du décret 2024-166 sur le contenu minimum du projet d'établissement.

A la fois descriptif et projectif, le projet d'établissement de la Fondation de Grammont définit le cadre de référence de l'action des professionnels auprès des résidents. Il détermine les valeurs, les missions, les orientations sur lesquelles les professionnels vont s'appuyer dans leur action quotidienne, au travers d'un plan d'actions sur 5 ans.

Il décrit ses principes d'organisation et définit les objectifs en matière de qualité de ses prestations.

Il constitue par conséquent :

- Un outil qui conforte les droits des usagers et de leurs représentants légaux ;
- Un document de référence pour les équipes pluridisciplinaires ;
- Un document à destination des partenaires et des organismes financeurs et de contrôle
- Un document évolutif basé sur trois dimensions : descriptive, projective et stratégique.

Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement

La démarche d'actualisation du projet d'établissement s'appuie sur les bonnes pratiques en vigueur notamment :

- Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité fusionnée avec la Haute Autorité de Santé) : (en annexe 3)

- « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » (décembre 2019) (en annexe 4)

- « La qualité de vie en résidence autonomie » (Février 2018) (en annexe 5)

1. Une démarche participative

a. La participation des professionnels

Conformément aux préconisations des RBPP de l'ANESM, la démarche d'actualisation a été menée de façon participative avec les membres du conseil d'administration, les professionnels et bien évidemment également les usagers, leurs représentants légaux comme décrit plus loin et les partenaires de l'établissement.

Le projet d'établissement définit le cadre qui donne du sens et organise l'activité professionnelle. La participation des professionnels est donc centrale à l'élaboration du projet d'établissement et permet, au-delà de leur domaine d'intervention, de porter un regard d'ensemble sur le service global rendu par la structure.

Un COFIL comprenant les membres du personnel, a été constitué.

Une journée de travail avec les administrateurs, la direction, l'infirmière coordinatrice et le médecin coordinateur a été organisée le 22 août 2024. Elle a permis de définir les axes à développer dans le respect des valeurs associatives.

Des groupes de travail avec les professionnels ont été organisés sur l'ensemble des missions de l'EHPAD, les **8,9, 11 et 22 octobre 2024 et le 11 mars 2025**.

Tous les corps professionnels ont participé à ces groupes. Au total, une quinzaine de professionnels a participé aux réunions.

b. La participation des résidents

La participation des usagers est au cœur du projet : leur implication à la réalisation permet de mettre en avant leurs besoins et leurs attentes, et de contribuer à mieux définir les modalités des interventions et des accompagnements proposés. Il est essentiel d'associer les usagers aux thématiques centrales du projet d'établissement, notamment en ce qui concerne la définition des principes d'intervention.

Deux résidents, et un représentant des familles également membre du conseil d'administration, ont participé à plusieurs groupes de travail et de relecture.

Au total, l'élaboration du Projet d'Etablissement collégiale a mobilisé **33 personnes**.

2. La validation du Projet d'Etablissement

A l'issue des travaux, le COPIL de 23 personnes (médecin coordinateur, IDEC, IDE, aides-soignantes, agents de soins, résidents et une famille) a relu et validé l'ensemble des objectifs et actions réalisés par les groupes de travail. **La validation par le personnel a été actée le 11 mars 2025.**

Le document finalisé a été soumis pour avis au Conseil de la Vie Sociale.

Le conseil d'administration a été invité à relire, à amender le document durant plusieurs semaines avant de procéder à sa validation le 17 juin 2025 lors d'un Conseil d'administration. Le CVS a validé le PE le 16 juin 2025.

Il a été adressé aux autorités de tarification.

Il est mis à disposition des usagers, des salariés et des partenaires de l'établissement.

L'évaluation annuelle du projet d'établissement

Le projet d'établissement est un véritable outil de pilotage dynamique qui sera suivi et évalué chaque année par le comité de pilotage qui effectuera les ajustements nécessaires.

Il fera l'objet d'un suivi et d'une mise à jour annuelle dans le cadre de l'actualisation du plan d'amélioration global de la qualité.

Le comité de pilotage sera composé du directeur, du médecin coordinateur, de l'infirmière coordinatrice, de résidents, de représentants des familles, de membres du personnel et de la psychologue.

Lors de la démarche d'évaluation, les objectifs sont repris et leur évolution est analysée (Objectifs atteints, en cours de mise en place de moyens, non-initiés)

À la suite de cette analyse, le comité de pilotage doit, selon les besoins, réajuster les moyens pour atteindre les objectifs fixés.

Articulation du projet d'établissement avec la démarche évaluative

Conformément à la loi du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'établissement est soumis à une évaluation interne tous les 5 ans et une évaluation externe tous les 7 ans.

Il s'agit d'évaluer les activités et la qualité des prestations proposées aux personnes accueillies par les établissements et services sociaux et médico-sociaux au moyen des **deux évaluations**.

L'objectif de ces deux évaluations est de créer une **dynamique de l'évaluation des prestations** et de croiser des points de vue à des instants et dans des contextes différents. L'objectif étant de produire des observations et faciliter la prise de décisions.

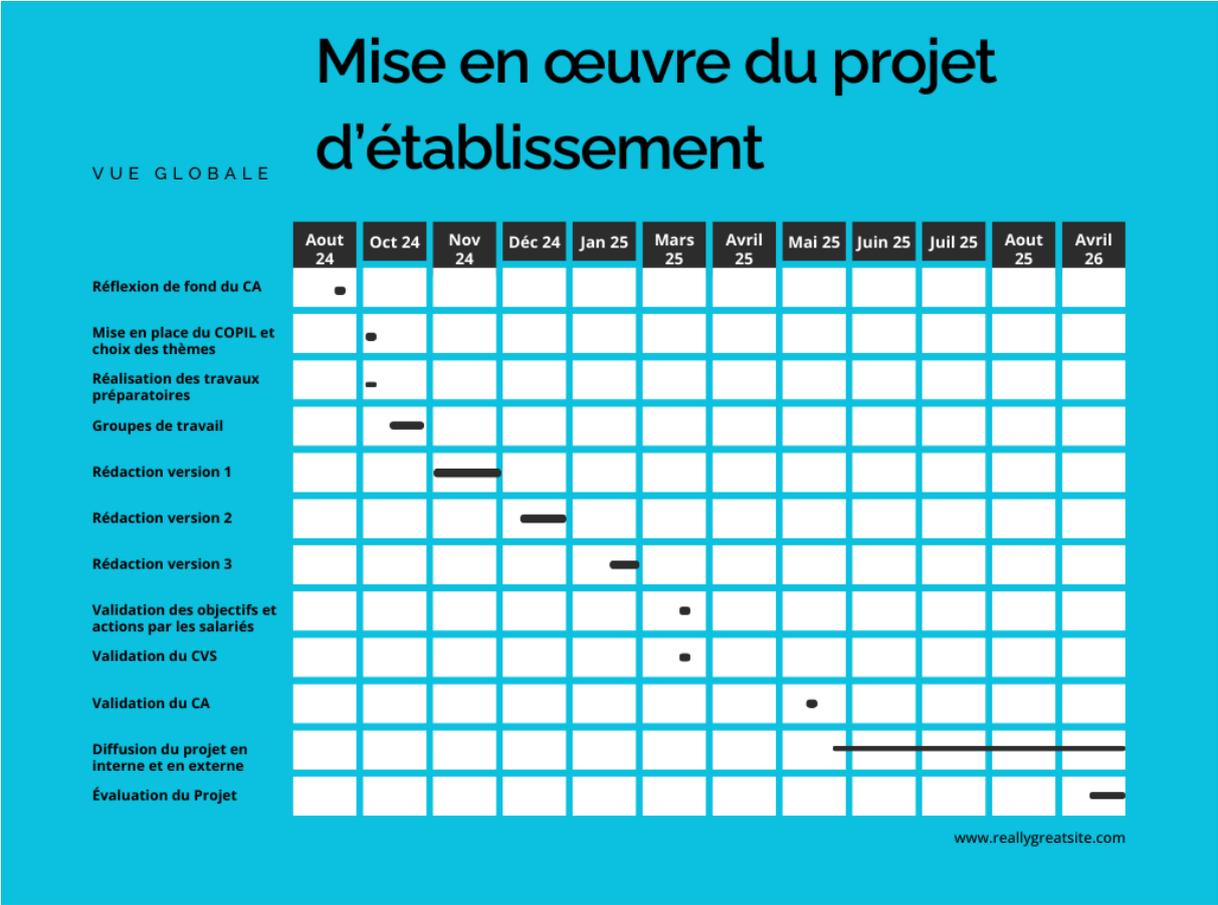
L'évaluation interne a été réalisée en juillet 2021 de façon participative avec les professionnels avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissement et des services Sociaux et Médico-sociaux), (fusionnée depuis 2018 avec la HAS (haute autorité de santé)) sur les critères à évaluer et la méthodologie d'évaluation à réaliser. Un rapport d'évaluation a été élaboré à la suite de l'évaluation. Des points forts et des axes à améliorer ont été définis.

Des objectifs et des actions ont été élaborés pour tous les axes à améliorer.

Un plan d'actions d'amélioration de la qualité regroupe l'ensemble des objectifs et actions définies (en annexe 2).

Le projet d'établissement 2025-2030 s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité impulsée par les évaluations réalisées en amont.

Planification de l'organisation du projet d'établissement



Partie 1 : Le contexte

Chapitre 1 : Le contexte humain : Le profil des personnes accueillies

Chapitre 2 : Le contexte institutionnel

Chapitre 3 : Le contexte externe

Chapitre 1 : Contexte humain – Profil des résidents accueillis

Nous accueillons des personnes de plus de 60 ans ne souhaitant plus vivre dans leur lieu de vie actuel ainsi que des personnes âgées dépendantes qui ne peuvent plus assumer seules les gestes de la vie quotidienne et qui ont besoin d'une surveillance et de soins constants.

Les personnes accueillies ont donc différents profils :

- Des personnes souhaitant un lieu de vie adaptée à leurs besoins,
- Des personnes dépendantes physiquement,
- Des personnes avec des troubles cognitifs ou porteurs de handicap mental,
- Des personnes avec des maladies psychiatriques (L'entrée à la Fondation pouvant se faire avant 60 ans sur dérogation).
- Des personnes avec des prises en charge spécifiques dû à une pathologie (Maladie de Charcot, cancer métastasé).

La Fondation de Grammont étant un EHPAD médicalisé, le personnel soignant est formé pour prendre en soin les différents profils des personnes accueillies.

1.1. Motifs d'entrée des résidents

MOTIFS D'ENTREES DES RESIDENTS	2022	2023
Nombre d'admissions provenant du domicile	39	16
Nombre total d'admissions	90	40
%	35%	39%
Nombre d'admissions provenant d'un établissement de santé	43	20
Nombre total d'admissions	90	40
%	39%	50%
Nombre d'admissions provenant d'un établissement médico-social	8	4
Nombre total d'admissions	90	40
%	7%	12%

Commentaires :

Les nouveaux résidents accueillis viennent principalement de l'hôpital et puis du domicile.

Le GIR (Groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5
2020	21 %	52 %	12 %	15 %	0 %
2021	14 %	56 %	15 %	14%	1 %
2022	23 %	48 %	19 %	10 %	0 %
2023	13 %	47 %	22 %	18 %	0 %

Commentaires :

Le profil des nouvelles personnes accueillies depuis 4 ans a peu évolué et correspond globalement à un GIR 2.

1.2. Les résidents présents au 31 décembre 2023

Présents au 31 Décembre 2023 Hébergement Permanent

Total : **87**
 - Femmes 71 %
 - Hommes 29 %

Tranche d'âge :
 - Moins de 74 ans 11 %
 - De 75 à 84 ans 30 %
 - De 85 à 94 ans 48 %
 - De 96 et plus ans 11 %

Age Moyen :
 - Femmes 87
 - Hommes 84

Aide Sociale :

En 2023, le nombre de résidents qui bénéficient de l'Aide Sociale s'élève à 3 contre 6 en 2022.

1.3. Les admissions et les sorties

Nombre de dossiers d'admission reçus en 2023 est de **144 dossiers**.

Nombre de nouvelles Admissions en 2023		
Total :	40	
Femmes	32	80%
Hommes	8	20%
Age Moyen	85 ans	
Provenance depuis :		
Domicile ou milieu ordinaire	16	
Hôpital ou établissement de santé	20	
EMS	4	

Nombre de sorties définitives en 2023		
Total :	44	
Femmes	32	80%
Hommes	8	20%
Age Moyen	87 ans	
Motif de décès		
Décès dans la structure	36	

Décès hors structure	8
Retour à domicile	0
Sortie vers un autre ESMS	0

Les Hospitalisations :

Il y a eu 264 journées d'hospitalisation comptabilisées en 2023 pour 22 résidents.

La politique de l'EHPAD est de permettre aux résidents en fin de vie de pouvoir bénéficier d'un accompagnement jusqu'au terme de leur vie au sein de la fondation de Grammont. A l'entrée en EHPAD, il est demandé au résident (ou leur représentant légal) de nous transcrire par écrit ses directives anticipées. Ce qui permet au personnel, par la suite, de pouvoir anticiper une fin de vie à la fondation de Grammont en évitant des hospitalisations inutiles. Outre les soins apportés et le suivi du médecin coordonnateur, la fin de vie est accompagnée, par les salariés dont une grande partie a suivi la formation sur l'accompagnement de fin de vie formation renouvelée début 2025.

Les sorties en famille :

Il y a eu 25 sorties, pour une journée en famille, comptabilisées en 2023. Les personnes accueillies sont libres de se rendre dans leurs familles dès qu'ils le souhaitent.

1.4. Description de la protection juridique des résidents

Protections juridiques en 2023 :

Protection juridique	Nbr de résidents concernés
Tutelle	7
Sauvegarde de justice	1
Curatelle	6
Jugement d'habilitation	7

La tutelle est une mesure de protection judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts.

Une personne placée en **curatelle** reste autonome dans les actes simples de la vie, mais doit être accompagnée pour les actes importants.

La sauvegarde de justice est une mesure de protection de courte durée. Elle permet à un majeur d'être représenté pour accomplir certains actes de la vie quotidienne.

L'habilitation familiale permet à un proche (parent, enfant, grand-parent, frère, sœur, époux(se), concubin(e), partenaire de Pacs) de représenter ou d'assister une personne pour assurer la sauvegarde de ses intérêts.

1.5. Etat de santé, autonomie et dépendance polymorphe

Une évaluation de l'état de santé de chaque résident est réalisée lors de son accueil à l'établissement et un suivi personnalisé est mis en place par les personnels médicaux et paramédicaux.

Une évaluation de la dépendance est réalisée à minima tous les ans pour l'ensemble des résidents par la responsable des soins avec l'équipe soignante.

Le PATHOS est un outil élaboré pour permettre au médecin coordonnateur de qualifier et de quantifier les soins nécessaires.

Evolution du GIR :

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5
2020	21 %	52 %	12 %	15 %	0 %
2021	14 %	56 %	15 %	14%	1 %
2022	19 %	48 %	20 %	11 %	2 %
2023	9 %	46 %	24 %	21 %	0 %

Modalités d'évaluation du PATHOS :

La coupe PATHOS est réalisée tous les 5 ans. Elle permet de recenser pour chaque résident les pathologies dont il est porteur et pour chacune d'elles d'identifier le profil de soins requis.

L'indicateur PMP est calculé tous les ans. En 2023, le PATHOS était à 288 contre 237 en 2022.

Commentaires :

Le PATHOS de l'établissement est très élevé (288) et bien au-dessus de la moyenne nationale qui se situe à 215. Cela est dû, pour partie aux pathologies des personnes accueillies en Unité de soins renforcée mais aussi à l'âge de plus en plus avancé des personnes accueillies en EHPAD. En effet, plus le résident entre tard, plus le risque qu'il soit porteur de plusieurs pathologies (et donc dépendances) est grand.

GROUPES SMTI :

La Fondation de Grammont est considérée comme structure porteuse d'un service SMTI : « Soins Médico-Techniques Importants », labélisé par l'unité d'hébergement renforcée, qui prend en charge de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées et présentant des troubles du comportement sévères.

Mais aussi pour tous les autres services de l'établissement qui prennent en charge des personnes, polyopathologiques, fragiles, présentant une instabilité médicale, psychologique ou comportementale et/ou nécessitant des soins médicotéchniques spécifiques (ventilation non invasive, dialyse péritonéale, pansements longs et complexes, soins palliatifs...).

Nombre de résidents SMTI en 2023 : 23.

Résidents ayant des Troubles du comportement :

Nous avons une UHR (Unité d'hébergement renforcée) dédiée aux résidents porteurs de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés avec des comportements inadaptés (toc important, déambulations pathogène, violence, etc.).

Nous avons aussi une UVP (Unité de vie protégée) dédiée aux résidents porteurs de troubles cognitifs importants.

Des actions diverses sont mises en œuvre pour une prise en charge de qualité, des résidents avec troubles du comportement :

- Architecturales (services fermés par des portes sécurisées par un boîtier à code)
- Techniques non médicamenteuses (salle Snoezelen, balnéothérapie, Tovertoffel, etc.)

- Activités adaptées (arts plastiques, cuisine, jeu de ballon, etc.)
- Organisationnelles (plus de personnels soignants journaliers sont dédiés à la prise en charge spécifique de ces résidents, les heures de lever et de coucher sont adaptées, etc.)

1.6. Profil des résidents de demain

Un accueil adapté pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés :

L'établissement reçoit un nombre important de demandes d'admission de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés qui se caractérisent notamment par la déambulation.

Plusieurs unités sont déjà adaptées à des résidents déambulant au sein de la fondation de Grammont :

- L'unité Myosotis (UVP) : pour les personnes ayant des troubles cognitifs importants. Elle va faire l'objet d'un important projet de rénovation afin d'accompagner les résidents dans un environnement architectural adapté, sécurisé et convivial tout en favorisant leur autonomie.
- L'unité Mimosas (labellisé UHR) : Dédié aux résidents déambulant atteints de la maladie d'Alzheimer avec des troubles cognitifs importants.

Une rénovation architecturale de certaines unités de l'EHPAD est en cours de réflexion et pourra garantir une sécurité de mouvement pour tous résidents avec des troubles de la déambulation ou même sans troubles pour permettre à tous de rester dans la même unité même avec des pathologies évolutives. Cela permettra une stabilité dans leurs repères de vie diminuant ainsi le risque d'angoisse ou l'aggravement de la pathologie chez les personnes vieillissantes avec des troubles cognitifs.

Orientation psychiatrique

Actuellement, nous recevons de plus en plus de demandes d'institutionnalisation concernant des résidents très jeunes (60 ans) avec des troubles psychiatriques et/ou cognitifs non diagnostiqués ou très dépendants avec ces mêmes troubles. Il serait utile d'obtenir un renfort étroit des CMP et des psychiatres afin de mettre en place des traitements adaptés, ainsi qu'un travail coordonné avec le médecin coordonnateur, les psychologues et les médecins présents en EHPAD.

Notre projet prend en considération le fait que les EHPAD doivent davantage évoluer et adapter leurs pratiques pour accueillir ces résidents très jeunes et favoriser leur adaptation auprès des personnes plus âgées. L'animatrice de la fondation de Grammont adapte en conséquence les activités proposées aux capacités des personnes accueillies avec des troubles psychiatriques. Des formations spécifiques vont être réalisées pour permettre une meilleure prise en soin de tout le personnel soignant.

Orientation handicap

De la même manière que les demandes psychiatriques, nous recevons de plus en plus de demandes de prises en charge de personnes porteurs de handicap vieillissantes. Nous avons comme objectif de former nos professionnel(les) à ces nouvelles typologies et donc aux nouvelles prises en charge.

Chapitre 2 : Le contexte institutionnel

Le projet d'établissement 2025-2030 prend en considération le contexte historique de l'établissement, l'évolution sociétale, l'arsenal des textes législatifs et réglementaires, ainsi que l'activité et les moyens mis en œuvre actuels et futurs.

2.1 Le contexte historique

La date la plus ancienne concernant Villersexel est 1208 où le bourg s'appelait alors VELARXAISEL ; Hughes de Faucogney apparaît sous le nom de Sire de Villersexel dans deux donations en 1208 et 1233 où il était témoin. Mais on trouve dans l'histoire paroissiale la date de 1140 où l'église est donnée au chapitre de St-Jean de Besançon.

1544 : Jean de la Palud est baron et seigneur de Villersexel (il existe encore actuellement la rue de la Palud non loin de l'église).

Pour raison d'endettement, la terre de Villersexel est vendue à Michel Dorothée, comte de Grammont, en faveur duquel elle est érigée en marquisat en 1718. La famille de Grammont conservera la seigneurie jusqu'à la révolution. D'après le testament de Pierre Vellet, prêtre, une charité fut initiée à Villersexel en 1445, mais il existe peu de renseignement à ce sujet.

L'Hôpital actuel a été construit entre 1755 et 1768 par le marquis Pierre de Grammont sur un projet datant de 1749 sous Choiseul.

Construit à Villersexel en 1745, ce qui s'appelle alors l'Hôpital Privé, est agrandi et modernisé en 1979. Le pavillon Miroudot reçoit son extension en 1996, le pavillon Saint Paul est rénové en 2000.

La partie la plus ancienne a été classée au titre de Monument Historique en 1963.

En 1769 était créée la Fondation de Grammont, tournée vers le service aux habitants de Villersexel et sa région.

Par la suite, prolongeant les intentions de la famille fondatrice, l'EHPAD « Fondation de Grammont », aussi appelé « Hôpital Privé », assume une mission de service aux personnes, dont les caractéristiques, adaptées aux modifications du tissu régional, sont basées sur six valeurs fortes : le **respect**, la **confiance**, l'**équité**, la **participation**, l'**écoute** et la **bienveillance**.

A ce jour la Fondation de Grammont n'a plus le nom d'hôpital privé et est un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) mais il garde ses valeurs fondatrices fortes.

2.2 Évolution de l'activité

2.2.1 Nature des activités

L'EHPAD accueille uniquement les résidents en hébergement permanent.

2.2.2 La population accueillie en 2023

	2023	2022
Nombre de journées réalisées	31 646	33135
Nombre de journées financées	35 040	35040
GMP au 31/12	797	797
PMP au 31/12	288	237
Nombre de personnes accueillies bénéficiant de l'aide sociale	3	6
Taux d'occupation	90%	94%
Durée moyenne de séjour (EHPAD)	3 ans et 1 mois	3 ans et 8 mois
Taux de rotation des résidents (1)	0,42	0,33

1. *Taux de rotation des résidents = Nombre de nouveaux résidents accueillis / nombre de lit.*

L'établissement a présenté un taux de remplissage plutôt bas sur les années 2022 et 2023. En effet, nous avons pu noter pendant cette période un manque important de personnel soignant, administratif et de direction. La situation est stabilisée depuis avril 2023 sur une volonté patente du CA partiellement renouvelé, dont sa présidence, et l'arrivée d'un médecin coordonnateur en février 2024 a amélioré l'accueil et la prise en charge des demandes d'admissions.

On observe que le GMP est stable de 2022 à 2023. Le GMP national en 2023 est de 740. La Fondation de Grammont 797 est au-dessus de la moyenne nationale, la structure accueille donc davantage de GIR 1 et 2 que la moyenne nationale.

2.3 Ressources mobilisées

2.3.1 Ressources humaines

La convention collective applicable dans l'établissement est la Convention Collective Nationale du 31 Octobre 1951.

	ETP réalisés	ETP Accordés
Cuisine (dont Chef EXT) + agent d'entretien	6	5,67
AS/AMP	30,6	26,4
ASH Soins	10,3	22,51
ASH Hébergement	7,49	
IDE/1 IDEC	9	8,8
Méd coordinateur	0,6	0,6
DE + RAF + 2x assistantes	4	3,92
Animatrice	1	1
Psychologue	0	0,5
Ergo (en libéral)	0,3	0,3
Total	69,29	69,7

Auparavant, la fondation de Grammont a été confrontée à des fluctuations régulières de la disponibilité de certains professionnels sur le marché de l'emploi, notamment les infirmier(es) et les aides-soignants(es). On a déploré ainsi la pénurie de certaines compétences, essentiellement pour des motifs de rémunération.

Après avoir réfléchi sur cette situation, et afin de renforcer l'attractivité de notre établissement en matière de recrutement et de fidélisation, nous avons mis en œuvre un management de proximité par l'équipe d'encadrement : par exemple, un planning adapté (si possible) aux contraintes personnelles de chaque personnel, tout en garantissant la présence efficace et bienveillante auprès des résidents.

En conséquence, la valorisation des professionnels est promue par le biais de l'amélioration de la qualité de vie au travail et de la rémunération : passage en 11h ou 10h de travail en 2024 et récupération de tous les fériés travaillés ou non.

L'esprit d'équipe, la solidarité et la conscience professionnelle ont permis à l'EHPAD de gérer de façon optimale le manque de personnel rencontré en 2022 et 2023.

2.3.2 Ressources financières

Les recettes :

Conformément à la réglementation relative aux EHPAD, l'établissement la fondation de Grammont reçoit plusieurs produits de tarification :

- Les produits liés à la dépendance des résidents facturés aux Conseils départementaux.
- Les produits liés à la tarification des soins financés par l'Agence Régionales de Santé (ARS).
- Les produits liés aux tarifs hébergement appliqués aux résidents ;

Les financements versés par les Conseils départementaux et l'ARS font l'objet de conventions entre les différentes parties :

Ces conventions peuvent prendre en considération l'augmentation du coût de la vie, (électricité, chauffage, denrées alimentaires) mais aussi le GVT (glissement vieillissement technicité) s'appliquant au personnel et les projets à réaliser.

CONVENTIONS TRIPARTITES PLURIANNUELLES et CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)

La signature du CPOM est fixée pour le deuxième semestre 2025.

Le budget prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)

(Appui technique par habitat et humanisme depuis 2024)

L'établissement décline des objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes : un budget prévisionnel des dépenses et des recettes de fonctionnement est établi chaque année avec l'appui du service comptabilité de notre structure de gestion comptable (Habitat et humanisme) pour garantir une prise en charge pérenne des personnes accueillies.

Le budget est validé par le Conseil d'administration de l'établissement et adressé aux autorités de tarification.

Le budget réalisé des recettes et des dépenses (ERRD)

Un budget réalisé des recettes et des dépenses est élaboré chaque année par le directeur, complété d'un rapport d'activité.

Le budget et le rapport sont validés par le Conseil d'administration où des représentants des familles sont présents.

Ils sont adressés aux autorités de tarification.

Les comptes de l'établissement sont plutôt à l'équilibre malgré un gros déficit en 2023 suite à l'augmentation des coûts de l'énergie.

Objectif : Améliorer le suivi des dépenses et recettes réalisées grâce à Habitat et Humanisme
Action :
Mettre en place des points de suivi trimestriels pour les dépenses et les recettes grâce à la mise en place d'un nouveau logiciel de gestion, EIG.
Objectif : Maintenir une stabilité économique
Action :
Réaliser des comparatifs de prix avec les partenaires d'Habitat et Humanisme sur les axes stratégiques (assurances, frais bancaires, matériels médicaux)

2.3.3 Ressources sociales

La fondation de Grammont développe un management participatif avec pour cela la mise en place active de plusieurs instances de concertation associant les différentes parties prenantes dans la vie et le fonctionnement quotidien de l'établissement.

Démocratie interne	Périodicité	Administrateurs	Direction	Professionnels	Résidents	Familles	Partenaires tiers
Bureau	Au moins 7 fois par an	4	1 (à titre consultatif)	1		2	
Conseil d'administration	Au moins 1 fois par an	11	1 (à titre consultatif)	1		2	CSE
CSE	TOUTES LES 6 SEMAINES	1	1(à titre consultatif)	4 titulaires 4 suppléants			
Conseil de la Vie Sociale	2 fois par an	1	1	1	3	2	
Commission de coordination gériatrique	2 fois par an		1	IDE, IDEC, médecins coordinateur			Médecins, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédiatres, Podologues, Présidente du CVS
Comité qualité (Réunion)	4 fois par an		1	IDEC, IDE qualité, médecin			

qualité, CREX)				coordonateur			
Comité de direction	Hebdomadaire		1	IDEC, RAF, médecin coordonnateur, assistante RH, animatrice (sur invitation), chef de cuisine (sur invitation)			
Commission animation	1 fois par an		1	5	5		
Commission de suivi des chutes	1 fois par an		1	3			
Commission des menus	4 fois par an		1	5	5		

2.3.4 Ressources externes

Partenariats formels	Précisions
Médecins généralistes	Conventions signées avec les médecins généralistes
Psychiatrie	Equipe mobile de soins psychiatriques
Masseurs - kinésithérapeutes libéraux	Conventions signées avec les kinésithérapeutes
Laboratoire d'analyses médicales	Laboratoire Frechin à Lure
Pharmacies officinales	Conventions signées avec la pharmacie du centre (Villersexel) et la pharmacie Bouvrot (Villersexel)
Unité mobile de soins palliatifs	Passage sur demande
Hospitalisation à domicile	Passage sur demande
Collectivités locales ou CCAS/CIAS	Gestion des déchets par le SCODEM des deux rivières
Opticien	Passage du camion opticien Ecouter Voir de Vesoul
Pédicure / Podologue	Passage conventionné tous les 3 semaines
Coiffeur	Deux coiffeuses interviennent sur la structure

Actuellement, 5 médecins traitants interviennent dans l'établissement.

2.3.5 Ressources qualitatives

La Fondation de Grammont se porte garante de la qualité de la prise en charge des personnes accueillies grâce à des ressources de travail et des dispositifs d'évaluation qualitatifs :

Ressources qualitatives	Date d'actualisation
Projet d'établissement	2025
Livret d'accueil	2020
Contrat de séjour	2023
Le règlement de fonctionnement	2021

Dispositifs qualitatifs	Dernière mise à jour
Questionnaire de satisfaction relatif à la qualité de l'Accueil du résident avec bilan annuel	2024
Questionnaire de satisfaction relatif à l'adaptation du résident avec bilan annuel	2024
Questionnaire Histoire de vie du résident	2024
Enquête de satisfaction annuelle auprès des résidents suivie d'un bilan et plan d'actions	2024
Enquête de satisfaction annuelle auprès des salariés suivie d'un bilan et plan d'actions	2024
Enquête de satisfaction à l'issue des formations	2024
Indicateurs de suivi de la qualité	2024
Démarche qualité structurée	2024
Plan d'action qualité	2024
Mise en œuvre suivie de la convention tripartite pluriannuelle	2024
Projet d'établissement formalisé	2024
Projet d'établissement évalué	2024
Protocoles	2024
Procédures	2024
Evaluation interne continue	2024
Gestion des évènements indésirables avec bilan annuel	
Evaluation externe	2019
Rapports d'inspection, de contrôle et de vérification	2024
Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels	2024
Fiche de déclaration de chute	2024
Fiche de signalement auprès de l'ARS	2024
Tableaux de bords ANAP annuels retraçant les ressources de l'EHPAD	2024
Listes des résidents à risques (chute, oxygénothérapie, contention, nutrition, suicide...)	2024

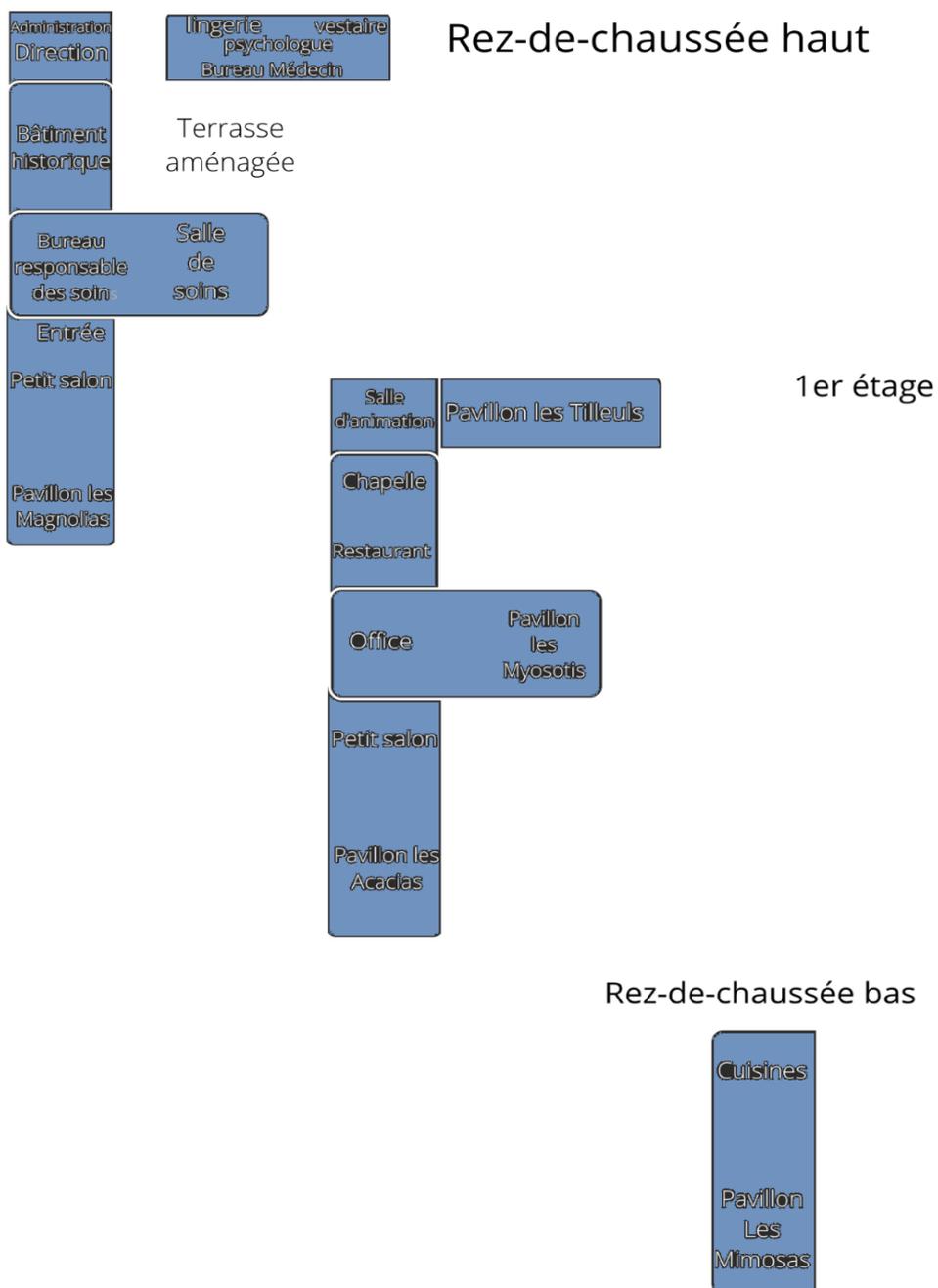
En matière de qualité, le tableau « dispositifs quantitatifs » retrace les outils règlementaires rendus obligatoires afin de *prévenir toute forme de maltraitance* et s'engager dans la démarche d'amélioration continue des prestations proposées aux personnes accueillies.

L'établissement ajoute un ensemble de dispositifs à ces mesures obligatoires visant à garantir la qualité des prestations et la pertinence des modes organisationnels et fonctionnels (tableau « dispositifs qualitatifs »).

2.3.6 Ressources architecturales

Outre les unités d'hébergement classiques l'établissement Fondation de Grammont compte, deux espaces spécifiques :

- **Une unité de vie protégée (de 19 places)** : l'unité accueille des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou de troubles apparentés), avec des troubles de la déambulation.
- **Une unité d'hébergement renforcé (de 13 places)** : l'unité accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ayant des troubles du comportement sévères.



Modalités d'accueil :

- 64 places EHPAD classique
- 19 places Unité de Vie Protégée
- 13 places Unité d'Hébergement Renforcée

Organisation des pavillons :

- Pavillon les Tilleuls (sur 2 niveaux) : pavillon de 17 places (14 logements à 1 lit et 2 logements à 2 lits + 1 chambre dites tampon pour les hébergements d'urgence.
- Pavillon les Myosotis (UVP) : pavillon de 19 places (11 logements à 1 lit et 4 logements à 2 lits)
- Pavillon les Mimosas (UHR) : pavillon de 13 places (13 logements à 1 lit)
- Pavillon les Acacias : pavillon de 24 logements à 1 lit
- Pavillon les Magnolias : pavillon de 23 logements à 1 lit

Equipement des logements :

- **Pavillon les Tilleuls :**
 - 7 logements : lavabo seul
 - 4 logements : lavabo et sanitaire
 - 4 logements : douche, lavabo et sanitaire
- **Pavillon les Myosotis (UVP) :**
 - 15 logements : douche, lavabo et sanitaire
- **Pavillon les Mimosas (UHR) :**
 - 9 logements : lavabo et sanitaire
 - 4 logements : douche, lavabo et sanitaire
- **Pavillon les Acacias :**
 - 20 logements : lavabo et sanitaire
 - 4 logements : douche, lavabo et sanitaire
- **Pavillon les Magnolias :**
 - 19 logements : lavabo et sanitaire
 - 4 logements : douche, lavabo et sanitaire

Superficie des logements :

- **Pavillon les Tilleuls :** logement à 1 lit : 12.91 m² ; logements à 2 lits : 16.91 m²
- **Pavillon les Myosotis (UVP) :** logements à 1 lit : 18.72 m² ; logements à 2 lits : 27.05 m²
- **Pavillon les Mimosas (UHR) :** logements à 1 lit : 19.17 m²
- **Pavillon les Acacias :** logement à 1 lit : 18.94 m²
- **Pavillon les Magnolias :** logement à 1 lit : 18.95 m²

Circulation dans l'établissement :

- 2 ascenseurs desservent les 3 niveaux
- 2 ascenseurs desservent 2 niveaux

2.3.7 Ressources associatives

Dans cette configuration juridique particulière, le Code de l'Action Sociale et des Familles impose ou recommande que le projet d'établissement précise les modalités de l'autonomie de fonctionnement de l'EHPAD par rapport à l'institution gestionnaire ainsi que les conditions de son autonomie financière.

2.3.7.1 Autonomie fonctionnelle de l'EHPAD par rapport à l'association gestionnaire.

Les rapports fonctionnels et hiérarchiques entre d'un côté l'association et notamment sa présidente, et d'un autre côté, le directeur d'établissement, formalisés permettant une répartition des pouvoirs précise et connue de tout le personnel. Les compétences de chacun et les délégations de pouvoir sont formalisées.

2.3.7.2 Autonomie financière de l'EHPAD par rapport à l'association gestionnaire.

L'établissement perçoit les produits de la tarification de la dépendance par le département ainsi que des produits de l'ARS pour la tarification des soins. La Fondation de Grammont perçoit aussi des tarifs hébergement appliqués aux résidents et/ou leurs familles ou représentants légaux.

En 2023, nous avons signé une convention d'aide à la gestion RH et comptable avec l'association Habitat et Humanisme. Habitat et Humanisme ne sont pas décisionnaires au sein de la Fondation de Grammont mais un appui important pour la gestion administrative et financière.

Chapitre 3 : Le contexte externe

Le projet d'établissement s'inscrit dans les orientations du projet régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche comté (2018-2028) qui vise à améliorer la prise en charge des personnes accueillies.

3.1 Une activité et une démarche inscrite dans le cadre des politiques publiques nationales et régionales

3.1.1 Projet régional de santé 2018-2028 Bourgogne-Franche-Comté

La fondation de Grammont s'inscrit dans les orientations du projet régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté notamment dans les points suivants :

- Les personnes âgées : une répartition hétérogène de l'offre avec une population au vieillissement caractérisé et des zones rurales étendues, les enjeux concernant la prise en charge et l'hébergement des personnes âgées sont importants. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire, de jour ou de nuit.
- Notre établissement offre une diversité de prestations adaptées aux besoins des personnes âgées en hébergement permanent, pour rendre leur lieu de vie agréable : Animations, prise en charge du linge et du service hôtelier, soins médicaux et paramédicaux, aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne.
- Un fort développement des structures adaptées à la prise en soin des patients Alzheimer. Le plan Alzheimer 2008-2012 a permis de développer au sein des EHPAD des dispositifs spécifiques permettant un accompagnement adapté des malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement.

Notre UHR compte 13 lits et il est labélisé depuis 2012, avec un projet de service réactualisé en 2025.

- LA TÉLÉMÉDECINE : La télémédecine s'est développée sur le territoire de Bourgogne-Franche-Comté principalement autour du programme national décomposé en 5 domaines prioritaires :
- La permanence des soins en imagerie et de manière plus large la télé-radiologie ;
- La prise en charge de l'AVC ;
- La santé des personnes détenues ;
- La prise en charge des maladies chroniques ;
- Les soins en structures médico-sociales ou en HAD.

Partie 2 : La stratégie

Chapitre 4 : La stratégie éthique

Chapitre 5 : La stratégie médico- sociale

Chapitre 6 : La stratégie partenariale

Chapitre 7 : La stratégie de communication

Chapitre 4 : La stratégie éthique

4.1 Définition de l'éthique

Selon la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux) datée de 2010 qui s'intitule « **Le questionnement éthique dans les établissements et services médico-sociaux** » : l'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées.

Il s'agit de déterminer la meilleure réponse possible dans une situation donnée où un conflit de valeurs apparaît. Il s'agit de choisir la solution la plus « juste » face à un dilemme.

L'ensemble des professionnels de l'établissement s'inscrit dans cette démarche au quotidien en respectant au mieux les besoins et les attentes des personnes accueillies et en les associant, si possible, à toutes les décisions qui les concernent.

Les enjeux de la réflexion éthique dans le secteur médico-social et dans les pratiques soignantes :

Les établissements qui hébergent des personnes âgées dépendantes rencontrent de nombreuses situations complexes liées à plusieurs facteurs :

- La vulnérabilité des personnes accueillies.
 - La diversité des situations sociales et familiales rencontrées.
 - Les tensions liées à des ratios en personnel contraints.
 - La diversité des corps professionnels qui n'ont pas la même culture professionnelle.
 - L'intervention des familles.
 - Les droits des résidents renforcés.
 - La difficulté pour les usagers d'exprimer leur volonté et leurs souhaits.
 - La multi-dimension de l'accompagnement : état physique, moral, hébergement, vie sociale, etc....
 - L'entrée de plus en plus tardive en institution avec un niveau de dépendance qui s'accroît.
- La confrontation entre les intérêts individuels et les contraintes du collectif.
- De part ces multiples facteurs, les réalités vécues par les parties prenantes (résidents, professionnels salariés ou d'exercice libéral et bénévoles), sont régulièrement des réalités complexes face auxquelles plusieurs positionnements peuvent être envisagés.

Il appartient à l'institution de mettre en œuvre une démarche éthique qui consiste à développer des questionnements en équipe pluridisciplinaire en associant le résident et/ou ses proches (en cas d'incapacité pour le résident de s'exprimer) afin d'envisager toutes les options possibles.

La recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles sur l'éthique préconise un projet d'établissement qui :

- Décline les missions de l'EHPAD en fonction des valeurs et des principes d'intervention qui en découlent ;
- Prévoit l'évaluation de la portée concrète des valeurs dans les actes et les situations concrètes ;
- Actualise les stratégies institutionnelles d'accompagnement.

A la suite de ces questionnements, il est décidé en équipe quel est le positionnement qui paraît le plus judicieux face aux dilemmes posés par certaines situations.

Le projet d'établissement de la fondation de Grammont s'inscrit dans ces préconisations puisque les objectifs et actions du projet d'établissement ont été réfléchis avec et pour les personnes accueillies.

4.2 L'éthique : une question de valeurs

Lors d'une journée de travail dédiée à la réflexion stratégique, le Conseil d'administration de la Fondation de Grammont a réaffirmé son attachement profond aux valeurs fondatrices insufflées par le marquis Pierre de Grammont. En tant qu'organe garant de la continuité et du sens de l'action de la Fondation, il veille à ce que ces principes, hérités d'une longue tradition d'hospitalité et de solidarité, restent pleinement vivants et intégrés dans le fonctionnement quotidien de l'établissement.

4.2.1 Définition des valeurs fondamentales de la prise en charge

Fidèle à sa vocation historique, la Fondation de Grammont, aujourd'hui EHPAD, place l'accompagnement des personnes âgées dépendantes au cœur de sa mission. S'inspirant des valeurs portées depuis le XVIII^e siècle par le marquis de Grammont — humanisme, dignité, solidarité — l'établissement poursuit des objectifs centrés sur la qualité de vie et le respect de la personne.

Deux axes fondamentaux guident son action :

- **Donner du sens à la vie** des résidents, en stimulant le goût et le plaisir de vivre au quotidien, dans un environnement sécurisé et chaleureux.
- **Assurer un bien-être global**, en conjuguant confort de vie, sécurité affective et qualité de la prise en soin, grâce à un accompagnement personnalisé, respectueux de l'histoire, des habitudes et des souhaits de chacun.

Ces orientations s'appuient sur **six valeurs fondamentales**, qui structurent la culture professionnelle de l'établissement :

- **L'accueil inconditionnel** : chaque personne est reçue avec la même attention, indépendamment de son origine sociale, culturelle ou financière.
- **Le respect et le maintien de l'autonomie** : valoriser les capacités restantes et encourager l'indépendance à tous les niveaux.
- **La bienveillance** : instaurer une relation de confiance et de douceur, au sein d'un climat serein.
- **L'ouverture sur l'extérieur** : maintenir le lien social, culturel et intergénérationnel avec le territoire local.
- **L'esprit d'équipe** : favoriser la coopération entre professionnels, dans une dynamique de soutien et de complémentarité.
- **La communication** : privilégier l'écoute, le dialogue et la transparence entre résidents, familles, professionnels et partenaires.

4.2.1 Définition des valeurs fondamentales de la prise en charge

Autre les valeurs fondatrices de la fondation de Grammont insufflées par le Marquis de Grammont, l'établissement a pour cœur de métier : l'accueil et l'accompagnement de personnes âgées dépendantes. L'établissement poursuit des objectifs globaux qui reposent sur deux axes fondamentaux :

- Donner du sens à la vie de la population accueillie, stimuler le goût et le plaisir de vivre dans les meilleures conditions possibles.

- Procurer un bien-être global, un confort de vie et une sécurité affective en mettant en œuvre une prise en soin personnalisée et optimale ainsi qu'un accompagnement quotidien dans le respect et la dignité humaine.

Les six valeurs fondamentales de l'établissement :

- La participation
- Le respect
- La bienveillance
- L'écoute
- L'équité

4.2.2 L'incarnation des valeurs : du principe à l'action

Pour éviter que les valeurs ne demeurent des intentions abstraites, l'établissement veille à **les traduire en actions concrètes, visibles et mesurables**. Chacune d'elles s'exprime dans les pratiques quotidiennes des équipes, les décisions de la gouvernance, les projets portés avec les familles et les partenaires, ainsi que dans l'organisation du cadre de vie.

- Les principes d'action opérationnels sont déclinés dans les domaines suivants : **La personnalisation de l'accompagnement** (projets de vie individualisés, écoute active des besoins) ;
- **La bientraitance au cœur des pratiques professionnelles** ;
- **La co-construction du vivre ensemble**, avec la participation des résidents et de leurs proches ;
- **L'amélioration continue de la qualité** (formation, évaluation, ajustement des pratiques) ;
- **L'ancrage territorial**, à travers des partenariats durables avec les acteurs locaux (écoles, associations, services sociaux, cultes...).

Ainsi, les valeurs de la Fondation de Grammont ne sont pas seulement héritées : elles sont **incarnées, vécues et renouvelées** chaque jour par les professionnels, les bénévoles et les familles qui œuvrent ensemble pour offrir aux aînés un cadre de vie digne, stimulant et profondément humain.

4.2.2 Incarnation des valeurs fondamentales

Sans réalité, les valeurs demeurent au stade conceptuel. Les valeurs portées par l'établissement sont déclinées sur un plan opérationnel en principes d'actions.

La portée pratique de la Valeur N°1 : Le respect et le maintien de l'autonomie

Principe d'action 1.1 La liberté d'aller et venir à l'intérieur et à l'extérieur

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Possibilité de circuler librement dans l'établissement (hors UHR et UVP).</p> <p>Liberté de sortir à l'extérieur accompagné.</p> <p>Les bénévoles et les salariés participent aux sorties organisées par l'établissement.</p>	<p>Structure intérieur et extérieur mal adaptées (pentes, trottoirs en sortie de l'établissement)</p> <p>L'accompagnement des résidents à l'extérieur est limité en raison des moyens humains réduits.</p>	<p>Repenser l'aménagement de l'établissement</p> <p>Encourager les résidents, qui sont en capacité, à sortir seuls</p>

Principe d'action 1.2 L'évaluation de l'autonomie

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Le niveau d'autonomie est évalué par le médecin coordonnateur à l'entrée, 1 fois par an et plus si modification de l'état général.</p> <p>Evaluation quotidienne par les soignants dans les actes de la vie quotidienne.</p> <p>L'organisation d'activités variées et adaptées permet le maintien du lien social et de l'autonomie.</p> <p>Des salles à manger thérapeutiques permettent de proposer un accompagnement adapté aux personnes en perte d'autonomie.</p>	<p>Réévaluer plus régulièrement l'autonomie des résidents après un épisode d'autonomie suite à un épisode aigu.</p> <p>Aide par automatisme et parfois trop maternelle.</p>	<p>Des tables ouvertes (de 9 résidents et 3 professionnels) une fois par mois, où serait convié les résidents par roulement pour favoriser le lien social.</p> <p>Réévaluer l'autonomie des résidents lors de réunions pluridisciplinaires pour unifier les pratiques et s'adapter au mieux aux capacités et besoins du résident.</p> <p>Continuer à adapter les locaux aux personnes en perte d'autonomie tout en maintenant un lieu de vie agréable.</p>

Principe d'action 1.3 La mise en place d'actions pour maintenir ou restaurer les capacités restantes, et prévenir la perte d'autonomie

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Des aides techniques sont mises en place si besoin sur les conseils de l'ergothérapeute.</p> <p>La coordination entre tous les professionnels est réalisée (soignants, ergo, kiné, animation) pour mettre en place des actions adaptées.</p>	<p>La réévaluation de l'utilisation des contentions n'est pas assez régulière.</p> <p>Les automatismes des soignants sont parfois préjudiciables au maintien de l'autonomie.</p>	<p>Un kinésithérapeute à temps plein permettrait de maintenir un niveau d'autonomie plus élevée.</p> <p>Augmenter l'implication des résidents dans les actes quotidiens (mise de la table, débarrassage, linge, etc.).</p>

Des activités thérapeutiques sont proposées aux résidents.	Continuer à stimuler les résidents dans les actes de la vie quotidienne. Continuer les activités thérapeutiques.
--	---

La portée pratique de la Valeur N°2 : la bienveillance

Principe d'action 2.1 : Être à l'écoute en respectant la bonne distance

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>La prise en charge des résidents est personnalisée.</p> <p>Le souhait pour les préférences est respecté : Appeler par son nom, prénom, surnom.</p> <p>Présence d'une psychologue dans l'établissement.</p> <p>Personnel formé à la bienveillance.</p> <p>Des réunions de synthèse pluridisciplinaires organisées pour évoquer les situations complexes rencontrées avec les résidents.</p> <p>Des commissions sont organisées avec des résidents (menus et animation) afin de recueillir leurs suggestions, leurs envies, et les améliorations à apporter aux prestations fournies.</p>	<p>L'attachement émotionnel envers les résidents peut parfois compromettre la distance professionnelle nécessaire.</p> <p>Le tutoiement est parfois inadapté.</p>	<p>Formation sur la bientraitance à renouveler</p> <p>Poursuivre les formations sur la bienveillance et les formations internes sur le respect du résident.</p> <p>Les formations ASG (assistant de soin en gérontologie) sont à poursuivre surtout pour le service UHR.</p>

Principe d'action 2.2 Respecter la personne et ses droits

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Le respect passe par l'élaboration et le suivi des projets personnalisés.</p> <p>Les soignants signent une charte de bientraitance à chaque entrée.</p> <p>Des rappels sont à effectuer régulièrement sur le respect des droits.</p>	<p>Le souhait des familles pour leur parent n'est pas toujours le souhait du résident (heure de coucher, présence aux animations).</p> <p>Utilisation de "petits noms" pour nommer les résidents est à proscrire.</p> <p>Le droit d'aller et venir n'est pas toujours respecté.</p>	<p>S'adapter au plus près des besoins du résident et de ses capacités.</p> <p>Poursuivre la formation des professionnels au respect de la personne accueillie.</p> <p>Organiser des réunions d'information auprès des familles sur les droits des résidents (personne de confiance, directives</p>

		anticipées, droit au secret médical et obligation de secret professionnel).
--	--	---

Principe d'action 2.3 Personnaliser l'accompagnement

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Personnalisation grâce à l'élaboration et le suivi des projets personnalisés.</p> <p>Aménagement des chambres (meubles, bibelots, photos, etc.).</p> <p>Plan de soins adapté aux résidents et à leurs capacités. Les habitudes de vie sont respectées dans la mesure du possible.</p>	<p>Si le résident n'a pas la capacité de s'exprimer et n'a pas de famille présente, la prise en charge est compliquée à personnaliser.</p> <p>Limite architecturale (tous les meubles ne peuvent pas rentrer dans les chambres).</p>	<p>Réévaluation plus régulière des projets personnalisés lors de réunion de synthèse par exemple.</p> <p>Personnalisation plus importante des chambres avant l'entrée.</p>

La portée pratique de la Valeur N°3 : L'ouverture sur l'extérieur

Principe d'action 3.1 L'EHPAD développe des partenariats à l'extérieur

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Différentes animations sont organisées à l'extérieur (rencontre avec les autres EHPAD, sorties bowling, sorties restaurant, marché, commémoration, etc.</p> <p>L'équipe de soins palliatifs et l'HAD intervient sur demande.</p> <p>Réalisation de concert à l'église de Villersexel avec des artistes internationaux.</p> <p>Les téléconsultations de dermatologiques sont possibles.</p>	<p>Pas de mode de transport propre à l'établissement, limitant les sorties pour les personnes en fauteuil.</p> <p>Tous les partenariats ne sont pas formalisés par la signature d'une convention.</p>	<p>Continuer et renforcer les réunions avec les différents intervenants, notamment les soins palliatifs.</p> <p>Développer les partenariats avec les écoles et les crèches.</p> <p>Trouver un mode de transport adapté au budget et au besoin de l'établissement.</p> <p>Poursuivre la signature de conventions de partenariats avec tous les partenaires de l'EHPAD.</p>

Principe d'action 3.1 L'EHPAD développe des partenariats à l'extérieur

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>3 Bénévoles participent à l'animation</p> <p>1 bénévole participe à l'aumônerie</p>	<p>De moins en moins de bénévoles.</p> <p>Les bénévoles ne sont pas suffisamment formés à l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs.</p>	<p>Développer le bénévolat et service civique.</p> <p>Réaliser des appels au recrutement de bénévoles régulièrement.</p>

Bonne communication entre les bénévoles et les professionnels.	Inclure les bénévoles dans les formations traitant des démences, de la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
--	---

La portée pratique de la Valeur N°4 : l'esprit d'équipe

Principe d'action 4.1 L'esprit d'équipe entre les professionnels

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Bon esprit d'équipe</p> <p>Entraide</p> <p>Amabilité et soutien entre les salariés</p> <p>Communication positive entre les équipes</p> <p>Disponibilité des soignants en cas d'arrêt</p>	<p>Il est parfois compliqué de travailler ensemble car chacun a son vécu, son caractère, ses opinions, ses idées, sa formation, sa génération, ses problèmes personnels et sa fatigue.</p> <p>L'esprit d'équipe inter services est à améliorer.</p>	<p>Maintenir d'esprit d'équipe au sein de la fondation par des actions de cohésion d'équipe entre les différents corps de métier.</p>

Principe d'action 4.2 Esprit d'équipe entre les salariés et l'équipe de direction

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Libre expression des salariés vis-à-vis de la direction.</p> <p>Prise en compte des suggestions des salariés, par la direction.</p> <p>Organisation et participation régulière du directeur à des petits-déjeuners au sein des services.</p> <p>Représentation de tous les corps de métier au CSE.</p> <p>Les fiches d'événements indésirables sont formalisées et analysées</p>	<p>Les changements de direction et différents arrêts ont fragilisé la communication de l'équipe de direction avec les salariés.</p>	<p>Participation active des salariés aux projets de réorganisation.</p> <p>Continuer à travailler en bonne entente.</p>

La portée pratique de la Valeur N°5 : La communication

Principe d'action 5.1 La communication entre l'établissement, les résidents et ses proches et les bénévoles

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Le directeur informe régulièrement les familles et les résidents sur les établissements (envoi de courriers ou de mail)</p> <p>Le personnel sait se rendre disponible pour écouter les demandes des résidents, familles ou juste pour créer du lien.</p> <p>Le journal de l'EHPAD est envoyé tous les 15 jours. Une enquête de satisfaction famille/résidents est réalisée tous les ans Réalisation d'événements</p>	<p>La direction ne se présente pas systématiquement au nouveau résident à l'admission.</p> <p>Les bénévoles ne sont pas toujours informés de l'arrivée d'un nouveau résident et de ses centres d'intérêts</p>	<p>Organiser la présentation du directeur à chaque nouvelle personne accueillie.</p> <p>Informers les bénévoles de l'arrivée d'un nouveau résident et leur communiquer les centres d'intérêt de cette personne afin de cibler les actions des bénévoles.</p> <p>Création de cercle de parole pour la famille avec la psychologue</p>

Principe d'action 5.2 La communication entre les résidents, l'expression des résidents

Les Points Forts	Les limites et faiblesses	Les évolutions souhaitables
<p>Les résidents échangent beaucoup entre eux et avec le personnel.</p> <p>Différents comités de pilotage sont créés avec des représentants des résidents (animation, restauration...).</p> <p>Une Commission des menus est mise en place.</p>	<p>Le caractère et l'envie de chaque résident à participer et échanger peut-être un frein.</p> <p>Certains résidents n'ont plus la capacité de communiquer.</p> <p>Nous n'avons pas d'association de résidents.</p> <p>Le CVS est mis en place mais peu actif. L'arrivée d'un nouveau résident n'est pas annoncée aux résidents.</p>	<p>Favoriser le lien entre les résidents et les lieux de rencontre.</p> <p>Systematiser la présentation du résident à son voisin de table et de chambre à son arrivée.</p> <p>Mettre en place des cafés discussions avec les résidents.</p>

Chapitre 5 : Stratégie médico-sociale

5.1 Les missions et l'offre médico-sociale de l'établissement

5.1.1 Les missions de l'établissement

La Fondation de Grammont a pour missions :

- D'accueillir toute personne âgée dépendante de 60 ans et plus, quelle que soit sa situation sociale (accueil possible pour les personnes âgées de moins de 60 ans sur dérogation).
- De participer à la continuité, la sécurité et la qualité des soins et de l'hébergement. C'est une mission essentielle qui s'exerce parfois dans des conditions difficiles compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie qui s'accompagne d'une entrée en structure de plus en plus tardive avec un degré de dépendance élevé.
- De proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux de qualité et apporter une aide à la vie quotidienne adaptée.
- De respecter les principes et valeurs définis par la « Charte des droits et libertés des personnes accueillies ».

5.1.2 Offre quantifiée actuelle

Pour rappel :

La Fondation de Grammont comprend en 2024 :

- 96 places d'hébergement permanent médicalisé ; l'ensemble habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Hébergement –ASH ;
- Dont 19 places en unité de vie protégée ;
- Dont 13 places en unité hébergement renforcé.

5.1.3 Les projets

Réhabilitation du pavillon Tilleuls et mise en confort des chambres plus mise en conformité des bâtiments : un projet au service du confort et de la dignité.

Conscient des limites d'un bâti devenu vétuste et inadapté aux besoins actuels des résidents, notamment ceux présentant des troubles cognitifs avancés, l'établissement a engagé un projet ambitieux de **réhabilitation du pavillon Tilleuls**. Cette unité, à l'architecture ancienne, ne répond plus pleinement aux exigences de confort, de sécurité et de dignité que la Fondation de Grammont souhaite offrir à ses résidents.

Le projet vise en priorité à **mettre en confort les chambres**, dont plusieurs ne disposent pas actuellement de douche privative, générant une perte d'autonomie et une atteinte à l'intimité. Une modernisation en profondeur est donc prévue afin d'intégrer des sanitaires adaptés dans chaque chambre, et de créer un cadre de vie plus chaleureux, ergonomique et respectueux du rythme de chacun.

L'architecture et l'organisation des espaces sont considérées comme des **acteurs à part entière de la prise en soin**. C'est pourquoi une phase de réflexion approfondie est menée pour repenser les lieux dans une logique de **parcours de vie fluide**, de stimulation sensorielle, de repères clairs, tout en garantissant la sécurité et la convivialité.

L'objectif est double : offrir un environnement architectural facilitant **le maintien de l'autonomie** et créer un espace de vie capable de **préserver l'intimité et la singularité** de chaque résident. Cette rénovation s'inscrit dans la volonté continue de la Fondation de proposer un accompagnement digne, adapté et tourné vers l'avenir.

5.2 Politique d'admission

Des critères d'admission sont définis conformément à la réglementation en vigueur.

5.2.1 Critères d'admission en EHPAD classique

Critères relatifs à l'EHPAD classique		
Critères inclusifs	Critères exclusifs	Critères de transfert
Consentement de la personne.	Avoir au moins 60 ans ; dérogation en-deçà de 60 ans sur accord du Conseil Départemental.	Transfert interne d'un secteur vers un autre. Accompagnement vers un retour au domicile. Accompagnement vers un autre établissement.

Entre demandes d'admission concurrentes, la Fondation de Grammont procède à un départage sur la base des critères suivants :

- Chronologie de l'inscription
- Urgence de la prise en charge (mise en danger du résident à domicile par exemple).

5.2.2 Critères d'admission en unité de vie protégée

Critères relatifs à l'unité de vie protégée		
Critères inclusifs	Critères exclusifs	Critères de transfert
Malades d'Alzheimer et troubles apparentés Troubles comportementaux dont la déambulation pathologique Capacités restantes suffisantes pour être stimulées	Troubles comportementaux majeurs	Transfert interne vers les autres unités sous réserve de possibilité d'accueil lorsque le bénéficiaire de l'UVP ne justifie plus sa présence dans l'UVP car les troubles comportementaux sont diminués.

5.2.3 Critères d'admission en unité d'hébergement renforcé

Critères relatifs à l'unité d'hébergement renforcée		
Critères inclusifs	Critères exclusifs	Critères de transfert
Posséder une capacité locomotrice conservée , mobile y	Pas de déambulations	Transfert interne vers les autres unités sous réserve de possibilité d'accueil lorsque le bénéficiaire de l'UHR ne justifie plus sa présence

<p>compris en fauteuil roulant,</p> <p>Être porteur d'une maladie d'Alzheimer ou apparenté diagnostiquée, Présenter des troubles sévères du comportement,</p> <p>Absence de syndrome confusionnel par ailleurs.</p>		<p>dans l'UHR car les troubles comportementaux sont diminués.</p> <p>Accompagnement vers un autre établissement.</p>
---	--	--

Objectif : Optimiser notre UHR
Actions :
Réaliser des entrées d'extérieur à l'EHPAD
Sortir les résidents dès que le traitement est stabilisé

5.2.4 Les activités proposées au sein l'EHPAD.

Les activités conduites pour maintenir ou réhabiliter la personne dans ses capacités sont de plusieurs types et complémentaires :

- Les capacités fonctionnelles : Atelier cuisine, Gym douce (éveil corporel), Mise de la table et aide à la vaisselle, Activités manuelles, Aide à la marche, Atelier repassage, Jardinage, Tricot ;
- Les fonctions cognitives : Ephéméride / lecture du journal, Jeux de société (scrabble), Loto, Atelier de stimulation cognitive ;
- Les fonctions sensorielles : Musique, Coiffure, Soins des mains et du visage, espace Snoezelen® ; Balnéothérapie
- Le lien social : Chant, Goûter, Danse, Repas, concert à l'extérieur, rencontre avec d'autres structures, sorties extérieures (pêche, bowling, restaurant).

Les activités sont renforcées dans les services UVP et UHR.

Chapitre 6 : Stratégie partenariale

La stratégie partenariale vise selon l'obligation faite par le Code de l'Action Sociale et des Familles –CASF l'identification par le projet d'établissement, des liens fonctionnels de l'établissement avec des acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et autres impliqués dans l'accompagnement et la prise en soin des résidents.

Conformément à la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » parue en 2018, l'établissement a développé de très nombreux partenariats dans le domaine du soin et de la vie sociale.

6.1 Liens avec les professionnels libéraux

6.1.1 Liens avec les professionnels de santé libéraux et paramédicaux

Les médecins libéraux ont signé une convention avec la Fondation de Grammont.

Le relationnel entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants est très bon. 95% des médecins traitants utilisent le logiciel de soins de l'établissement pour établir les ordonnances et réaliser les transmissions d'information.

Une convention de partenariat est signée avec les pharmacies du secteur qui préparent les piluliers et délivrent en plus les médicaments pour les problématiques aiguës ou les hors piluliers.

Une convention avec des infirmiers libéraux a aussi été signée en 2023 pour pallier le manque de personnel infirmier. A ce jour, la convention perdure mais n'est plus utilisée.

Des conventions sont également signées avec les masseurs-kinésithérapeutes et la pédicure qui interviennent pour prendre en charge des résidents de l'EHPAD.

6.1.1.1 Liens avec les professionnels libéraux autres que ceux de santé

Afin de compléter ses prestations, l'établissement fait intervenir les professionnels extérieurs suivants :

- Coiffeuses
- Esthéticienne

De nombreux partenariats sont développés dans le cadre de la vie sociale afin de maintenir et développer les liens sociaux et faciliter les échanges intergénérationnels comme avec les écoles par exemple.

6.2 Liens avec les établissements et services hospitaliers

La fondation de Grammont est en lien avec l'Hospitalisation à domicile, l'unité de soins palliatifs et l'unité de soins psychiatriques.

6.3 Liens avec les bénévoles

L'établissement a le bénéfice de travailler avec trois bénévoles hebdomadaires pour l'animation et une bénévole qui s'occupe de l'aumônerie.

Une fois par an, une réunion regroupe l'ensemble des bénévoles afin de partager leur vécu, d'écouter leurs souhaits et leurs suggestions.

Pour les remercier de leur implication sans faille et les fidéliser, la direction propose chaque année une rencontre autour d'un repas afin de créer davantage de liens entre eux.

Objectif : Augmenter le nombre de bénévoles
Actions :
Multiplier les appels au bénévolat
Fidéliser les bénévoles présents

6.4 Liens de mutualisation

L'établissement la Fondation de Grammont a intégré cette démarche en recherchant les possibilités de baisse des charges d'exploitation sans pour autant diminuer la qualité de vie et des soins que les résidents sont en droit d'obtenir.

Cette volonté d'efficience passe par diverses mutualisations qui permettent de concilier optimisation des coûts de fonctionnement et amélioration du niveau de qualité des prestations fournies.

6.4.1 Optimisation des coûts de fonctionnement

Dans un besoin d'économie et de qualité des prestations aux résidents.

L'établissement adhère à des groupements d'achats (HELPEVIA, SARA, Habitat et Humanisme, AD-PA) avec un suivi rigoureux.

Les prix sont étudiés et comparés entre les groupements d'achats, le fournisseur retenu étant celui qui présente les meilleurs prix ou le prix le mieux disant.

Un changement de fournisseurs peut avoir lieu à l'issue d'une étude qui permet de générer davantage d'économies.

6.4.2 Amélioration du niveau des prestations fournies

Les mutualisations dans lesquelles l'établissement s'inscrit apportent incontestablement une amélioration du niveau de la qualité des prestations fournies.

Il en va ainsi des :

- Participations des bénévoles à l'animation de l'établissement : l'organisation d'activités par et avec les bénévoles favorisent et participent à la qualité de vie de l'établissement au travers d'activités. Leur présence permet également un accompagnement individualisé des résidents et notamment ceux qui en ont le plus besoin ;
- Rencontres inter-établissements

Chapitre 7 : Stratégie de communication

L'établissement développe une stratégie de communication externe de nature à faire connaître, à valoriser et soutenir son action durablement et positivement dans son bassin géographique.

7.1 Les moyens de communication à l'externe

L'établissement dispose d'un site internet dans lequel sont intégrées des informations générales sur l'EHPAD, les menus, les activités. Il est régulièrement mis à jour.

Une page Facebook de la Fondation de Grammont est ouverte à tous.

Le part'âgés, le journal de la Fondation de Grammont, est publié tous les 15 jours. Il est diffusé par mail aux familles.

Les manifestations organisées par l'établissement permettent de faire entrer la vie extérieure au sein de l'établissement : Kermesse, marché de Noël, concert.

Articles journalistiques.

Partie 3 : Le fond

Chapitre 8 : Projet de vie et d'animation

Chapitre 9 : Projet d'accompagnement et de soins

Chapitre 8 : Projet de vie et d'animation

Le projet de vie et d'animation s'inscrit dans les orientations définies dans les quatre volets de la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM sur la « qualité de vie en EHPAD » :

- Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD
- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.

Il prend également en compte la RBPP de l'ANESM sur : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ».

8.1 La préparation de l'admission

8.1.1 Les étapes de la préadmission

Le dossier d'admission est réceptionné par le secrétariat.

La majeure partie des dossiers est reçue par le biais du logiciel VIATRAJECTOIRE. Le médecin coordonnateur donne son avis sur le dossier médical, l'infirmière coordinatrice donne son avis sur le volet paramédical. Si besoin, le médecin coordonnateur demande l'avis des psychologues du service concerné.

En cas d'avis favorable, la personne âgée ou sa famille est appelée pour fixer la date de la visite de préadmission. Une inscription sur la liste d'attente est proposée s'il n'y a pas de place disponible immédiatement.

Une visite de préadmission est organisée de façon systématique par le médecin coordinateur, l'infirmière coordinatrice ou le directeur, sauf impossibilité avérée. Si besoin, le médecin coordonnateur se déplace à l'hôpital ou au domicile pour rencontrer le futur résident et recueillir les informations médicales et ses habitudes de vie.

L'établissement rencontre des difficultés pour réaliser l'admission des personnes âgées isolées qui n'ont pas de proches pour assurer la logistique et la gestion administrative avant l'entrée en EHPAD (assurances à résilier, logement à quitter, ...)

Nous posons le constat que la charge de travail des assistantes sociales des hôpitaux ne leur permet pas d'assurer cette gestion. A minima, il conviendrait que les mesures de protection juridique soient amorcées lorsque le résident est encore à l'hôpital et au domicile.

Nous souhaiterions que plus de visites post-entrées soient réalisées par les futurs résidents.

Le médecin coordonnateur recueille systématiquement le consentement éclairé des personnes indemnes de troubles cognitifs, ou ayant des troubles modérés. Le niveau de compréhension de la situation par la personne est évalué par le médecin coordonnateur.

Pour les personnes dont les difficultés sont telles qu'il est impossible de recueillir leur avis, cette impossibilité est clairement inscrite dans le dossier d'inscription par le médecin traitant ou le médecin coordinateur.

L'établissement demande à la personne si elle a déjà désigné ou si elle souhaite désigner une personne de confiance et/ou si elle a signé un mandat pour une mesure de protection future. La notice relative à la désignation de la personne de confiance est remise à la personne âgée.

Des explications sont données au sujet des missions de la personne de confiance par le médecin coordonnateur et par la secrétaire.

Le médecin coordonnateur précise aux proches la place centrale de la personne âgée dans les décisions du quotidien. Il leur précise également leur place dans l'accompagnement de leur parent dans la structure : visite, séjours dans la famille. Les paroles des proches sont prises en compte en veillant à ce qu'elles ne se substituent pas à celles des résidents.

Les points de vue exprimés lors de la visite de préadmission sont énoncés en présence de la personne et de ses proches.

Objectif : Faciliter l'admission
Actions :
Rencontre avec la famille/résident et les équipes pour avoir des informations avant l'entrée du résident.
Faciliter les rencontres avec les résidents avant l'entrée
Faciliter les entrées en UHR.

8.1.2 L'admission

L'accueil du résident : une démarche respectueuse et encadrée

Un référent au sein de la famille est désigné par le résident chaque fois que cela est possible.

Dans le cadre de l'admission, l'établissement invite chaque futur résident, **dans la mesure de ses capacités**, à désigner un **référent familial**. Cette personne de confiance devient l'interlocuteur privilégié de l'établissement. Ses coordonnées sont régulièrement mises à jour afin de garantir une communication fluide et efficace.

L'établissement sollicite également le résident et/ou ses proches afin d'être informé en amont de toute **évolution notable de la situation personnelle ou de l'état de santé** du futur entrant. Cette anticipation permet d'adapter au mieux l'accueil et l'accompagnement proposé.

Les proches sont informés de manière claire de la **date et de l'heure prévues pour l'entrée**. En cas de difficulté liée à ce changement de lieu de vie, un **accompagnement psychologique** est proposé au résident et/ou à sa famille, par la psychologue de l'établissement.

- **Respect des droits et formalisation du séjour.**

Le respect des **droits fondamentaux des personnes accueillies** constitue un engagement fort de la Fondation de Grammont. Il est inscrit dans le projet d'établissement et formalisé à travers une information complète remise au résident et à sa famille.

Sont notamment communiqués :

- La **Charte des droits et libertés de la personne accueillie**,
- Les modalités de fonctionnement du **Conseil de la Vie Sociale**,
- Les principes essentiels garantis par la Fondation :
- **Libre choix** de l'établissement,

- **Consentement éclairé** aux soins et à l'accompagnement,
- **Participation** active à la vie de l'établissement,
- **Respect des liens familiaux** (liberté d'inviter ses proches à tout moment),
- **Liberté d'aller et venir**, y compris la possibilité de sortir ou de partir en vacances,
- **Protection, autonomie et dignité** de la personne.
- **Le contrat de séjour**

À l'entrée, un **contrat de séjour** est remis au résident, à son représentant légal ou à un membre de sa famille. Ce document, conforme à la réglementation en vigueur, est **signé le jour de l'admission** par le résident, ou par son représentant légal en cas d'incapacité.

Lorsque le résident n'est pas en mesure de signer, une **attestation médicale** est établie par le médecin coordonnateur, précisant son incapacité à formaliser lui-même cet engagement.

L'établissement demande à la personne et/ou aux proches, de le tenir informé en cas de modification de la situation ou de l'état de santé du futur entrant.

Les proches sont informés de la date et de l'heure d'entrée prévues. Un soutien, par la psychologue, est proposé au résident et / ou à la famille en difficulté pour ce changement de lieu de vie.

Le respect des droits des résidents est inscrit dans le projet d'établissement. Les documents présentant les droits des usagers sont communiqués aux personnes âgées et/ou à leur famille (Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie, fonctionnement du conseil de vie sociale...).

L'établissement précise les articles de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie : principe du libre choix, du consentement éclairé, de la participation de la personne, droit au respect des liens familiaux (la personne peut inviter sa famille quand elle le souhaite), droit à la protection et à l'autonomie, liberté d'aller et venir (possibilité de sortir quand on le veut, de partir en vacances).

Le contrat de séjour est expliqué et remis au résident, à son représentant légal ou à sa famille à l'admission.

Les contrats de séjour sont signés le jour de l'entrée par le résident ou son représentant légal s'il n'est pas capable de le signer seul. Si c'est le responsable légal qui signe, le médecin coordonnateur remplit une attestation stipulant l'incapacité du résident à remplir le contrat de séjour.

8.1.3 L'accueil

Une entrée pensée comme un temps d'accompagnement personnalisé

Préparation et coordination de l'admission

L'entrée en établissement constitue un moment clé de la trajectoire de vie de la personne âgée. Afin de garantir un accueil individualisé et bienveillant, les **habitudes de vie et préférences du futur résident** sont recueillies en amont et transmises aux équipes

pluridisciplinaires. Le **moment de l'entrée** est choisi en concertation avec la personne accueillie, dans le respect de son rythme et de ses souhaits.

Dès la confirmation de l'admission, un **avis d'entrée est adressé par la secrétaire** aux différents services concernés (soins, vie sociale, restauration, entretien, etc.) afin de permettre une préparation logistique et humaine optimale.

Le **dossier médical informatisé** est créé par le médecin coordonnateur. Il contient les antécédents médicaux, les traitements en cours, et toute information utile à la continuité des soins.

Accessibilité et accompagnement

Les locaux de l'établissement sont **accessibles aux personnes à mobilité réduite**. À l'arrivée, la personne est **accompagnée dans les différents espaces** afin de faciliter sa prise de repères.

Un **état des lieux de la chambre et des équipements** est réalisé en présence du résident, d'un membre de sa famille et d'un représentant de l'établissement. Un **inventaire des biens personnels** déposés est également établi, garantissant la transparence et la sécurité.

Suivi renforcé dans les premiers jours

L'arrivée en établissement fait l'objet d'un **accompagnement renforcé dans les premiers jours**. Chaque professionnel veille à l'intégration du nouveau résident. L'animatrice se présente rapidement afin d'introduire les possibilités d'activités et de participation à la vie sociale.

Une **vigilance particulière est assurée par le personnel de nuit**, notamment lors du coucher. Des passages fréquents permettent de sécuriser la transition et d'assurer le bien-être du résident dans cette période souvent délicate.

Les professionnels observent et accompagnent le **processus d'appropriation des lieux**, l'établissement des premiers liens sociaux, ainsi que l'adaptation au rythme quotidien. Des **aménagements personnalisés** peuvent être proposés (horaires souples de petit-déjeuner, ajustement des soins, etc.).

Toutes les observations sont saisies dans le **logiciel de soins**, partagées lors des transmissions orales, et analysées par le médecin coordonnateur dans une logique de continuité et d'ajustement des prises en charge.

Intervention de l'ergothérapeute.

Avant l'entrée, l'ergothérapeute **analyse le dossier du futur résident** afin d'anticiper les besoins en aides techniques (fauteuil roulant, déambulateur, chaise percée, etc.). À l'arrivée, il rencontre systématiquement le résident pour établir un **bilan d'autonomie**. Les installations et les aides humaines et matérielles sont ajustées au cours des premières semaines.

Identification des référents et intégration sociale

L'établissement veille à désigner un **professionnel référent** chargé d'accompagner l'intégration du résident. Cependant, des ajustements ont été identifiés : les référents ne sont

pas systématiquement nommés dans les premières semaines, ce qui peut freiner la dynamique d'accueil. De même, la **présentation du nouveau résident aux autres personnes accueillies** n'est pas toujours organisée, et la **présentation du directeur** n'a pas lieu de façon systématique.

Sécurité et prévention des risques

Dans une logique de prévention, une **procédure de repérage des résidents à risque de sortie inopinée** a été élaborée. Une **liste d'identification** est tenue à jour et permet la mise en œuvre de mesures adaptées pour garantir la sécurité tout en respectant la liberté d'aller et venir.

Communication et disponibilité des équipes

L'ensemble du personnel est sensibilisé à l'importance de l'écoute active et de la réactivité face aux demandes du résident. **Chaque demande reçoit une réponse** et, si nécessaire, une **orientation vers l'interlocuteur compétent**. Des **temps d'échanges formels et informels** entre les résidents et les professionnels sont favorisés, dans une logique d'amélioration continue de la qualité de vie et de la relation de confiance.

Un **organigramme des professionnels**, mentionnant les fonctions et les référents, est intégré dans le livret d'accueil afin de faciliter l'identification des intervenants et la compréhension du fonctionnement de l'établissement.

Les informations récoltées sur les habitudes de vie de la personne accueillie sont communiquées aux professionnels. Le moment propice de l'entrée est convenu avec la personne.

La secrétaire adresse un avis d'admission aux différents services pour les informer de la date d'entrée et préparer au mieux l'admission.

L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes à mobilité réduite. La personne est accompagnée dans les différents espaces.

Un état des lieux de la chambre et des équipements est effectué entre la personne accueillie, un membre de sa famille et un représentant de l'établissement. Un inventaire des biens déposés est réalisé.

Tous les professionnels s'assurent de l'intégration du nouveau résident. L'animatrice se présente dans les jours qui suivent l'entrée.

Les professionnels inscrivent leurs observations dans le logiciel de soins et les communiquent à l'oral aux IDE. Les informations recueillies et observées sont analysées par le médecin coordinateur.

L'organigramme des professionnels est adapté aux besoins des personnes accueillies et communiqué dans le livret d'accueil. Ce document leur permet de connaître le nom et les fonctions du personnel.

Le personnel est à l'écoute des demandes, apporte systématiquement une réponse et oriente vers la personne adéquate si nécessaire. Des temps d'échanges entre les professionnels et les résidents sont possibles et favorisés.

Objectif : Faciliter l'intégration des nouveaux résidents dès leur arrivée dans l'établissement, en créant des repères, du lien social et un cadre rassurant pour la personne accueillie et sa famille.	
Actions à mettre en œuvre	Détails
Réaliser le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) dès le jour de l'entrée	En présence de la famille et/ou du résident (si possible), pour recueillir les habitudes de vie, les attentes, les besoins spécifiques et les souhaits exprimés. Permet une adaptation immédiate des pratiques d'accompagnement et des prestations. Faire les PAP le jour de l'entrée avec les familles pour être au plus juste des habitudes, envies ou souhaits du résident dès son entrée.
Désigner le professionnel référent dès le premier jour	Assure un lien privilégié avec le résident, facilite l'adaptation, et sert de point d'appui dans les échanges avec les équipes et la famille. Le référent est présenté à la personne le jour de son arrivée.
Organiser la présentation du directeur dans les jours qui suivent l'entrée	Renforce le lien de confiance entre la direction, le résident et la famille. Humanise l'institution et valorise l'accueil personnalisé. Organiser la présentation du directeur dans les jours qui suivent l'entrée.
Présenter le résident à ses voisins de chambre et aux autres résidents	Favorise l'inclusion dans la vie sociale de l'établissement. Peut être accompagné d'un temps convivial (goûter, animation douce, etc.). Présenter le résident à ses voisins de chambre et aux autres résidents.
Mobiliser l'animatrice dans les premiers jours	Présentation des activités proposées et des possibilités de participation selon les envies et capacités du résident.
Assurer un suivi renforcé les premières nuits	Passage plus intense de l'équipe de nuit pour s'assurer du bien-être et répondre aux éventuelles angoisses ou désorientations.

Indicateurs de suivi :

- PAP réalisé dans la semaine suivant l'entrée.
- Référent identifié et notifié dans le dossier résident.
- Présentation au directeur effectuée sous 72h.
- Présentation aux autres résidents réalisée.
- Trace dans le logiciel de soins des observations et adaptations.

8.2 Le respect des droits des résidents

8.2.1 La promotion de la bientraitance

FICHE SYNTHÉTIQUE

Objectif : Promouvoir la bientraitance dans l'accompagnement quotidien des résidents

Thèmes	Actions et pratiques mises en œuvre
Intégration institutionnelle	La bientraitance est intégrée dans le projet d'établissement.

Suivi des situations sensibles	<ul style="list-style-type: none"> • Les soignants informent les IDE dès qu'une problématique est identifiée. • L'équipe encadrante vérifie les pratiques et traite les signalements.
Réunions de coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Réunions de synthèse : <ul style="list-style-type: none"> - 1 fois/mois en EHPAD classique - 1 fois/semaine en UVP et UHR • Réunions de service plusieurs fois/an
Formation et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Formations internes à la prévention de la maltraitance • Sensibilisation continue des professionnels • Protocole bientraitance/maltraitance en cours d'élaboration
Respect du rythme de vie	<ul style="list-style-type: none"> • En UHR : rythme de sommeil totalement respecté grâce à un personnel adapté • En EHPAD : lever libre entre 7h et 9h30 selon les souhaits
Respect du choix individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun acte de soin n'est imposé • Douches possibles matin ou soir selon les préférences du résident
Priorité au résident	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte de la parole, du consentement et des habitudes • Respect de la dignité et de l'autonomie

La **promotion de la bientraitance** constitue un axe majeur du projet d'établissement. Elle s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration des pratiques professionnelles, au service du respect, de la dignité et du bien-être des résidents.

Organisation du suivi et de l'évaluation

Les professionnels soignants sont encouragés à signaler sans délai toute difficulté ou situation préoccupante à l'équipe infirmière. L'encadrement, composé de l'infirmière coordinatrice, du médecin coordonnateur et du directeur, veille à l'évaluation régulière des pratiques sur le terrain. Toute problématique identifiée fait l'objet d'un traitement réactif par l'équipe de coordination.

Temps d'échanges professionnels

- **Réunions de synthèse :**
 - *Mensuelles* pour les unités d'hébergement classiques.
 - *Hebdomadaires* pour les unités de vie protégée (UVP) et l'unité d'hébergement renforcé (UHR).

Ces réunions permettent une approche collégiale de l'accompagnement des résidents, à partir d'observations croisées et d'analyses partagées.

- **Réunions de service :**

Organisées plusieurs fois par an, elles offrent un cadre de réflexion sur le fonctionnement des unités, les modalités d'organisation et les améliorations à envisager.

- **Sensibilisation et formation**

Des actions de formation et de sensibilisation à la **prévention de la maltraitance** et à la **promotion de la bientraitance** sont organisées en interne. Elles visent à renforcer les compétences des professionnels et à maintenir une vigilance éthique constante.

Un **protocole institutionnel relatif à la gestion des situations à risque de maltraitance** et à la valorisation des pratiques bientraitantes est en cours de formalisation.

Respect des rythmes et des choix

- **Sommeil :**

Dans l'UHR, le respect du rythme de sommeil est pleinement garanti grâce à un effectif adapté.

En EHPAD, les horaires de lever sont flexibles : les réveils s'échelonnent de 7h00 à 9h30 en fonction des souhaits et habitudes des résidents.

- **Soins et accompagnement :**

Les actes de la vie quotidienne sont réalisés dans le respect du consentement du résident. Aucune action n'est imposée.

- **Hygiène :**

Les soins d'hygiène, notamment les douches sont quotidiennes et sont planifiés selon les préférences du résident, le matin ou en soirée, afin de respecter son confort et ses habitudes.

La promotion de la bientraitance est intégrée dans le projet d'établissement. Les soignants informent les IDE dès qu'une problématique est rencontrée dans le cadre de l'accompagnement. Les cadres (infirmière coordinatrice, médecin coordinateur, directeur) vérifient et évaluent dans les services, l'application des bonnes pratiques en vigueur. Lorsqu'une problématique est constatée, l'information est remontée à l'équipe d'encadrement afin de la traiter dans les meilleurs délais.

Des réunions de synthèse sont programmées tous les mois les services d'EHPAD classique et 1 fois par semaine pour les services UVP et UHR. Les réunions permettent d'évoquer l'accompagnement d'un ou plusieurs résidents.

Des réunions de service sont également organisées plusieurs fois par an et permettent d'évoquer le fonctionnement et l'organisation du service.

Le service d'UHR respecte complètement le rythme de sommeil des résidents grâce à un nombre de personnel adaptés au besoin spécifique de ce service. Les services d'EHPAD respectent les horaires de sommeil dans la limite de l'organisation du service : réveil à 7h pour ceux qui le souhaitent jusqu'à 09h30 pour les gros dormeurs.

La priorité est faite au résident, il n'est forcé de rien dans tous les actes de la vie quotidienne.

Les douches peuvent être réalisées le soir comme le matin en fonction du souhait du résident.

Objectif : Formaliser un document sur les risques de maltraitance et la promotion de la bientraitance.
Action :
Elaborer et diffuser un protocole sur les risques de maltraitance et la promotion de la bientraitance
Objectif : Poursuivre les formations sur la bientraitance et programmer les formations
Actions :
Elaborer un calendrier annuel des formations internes
Faire émerger les participants aux formations.
Objectifs : Rythme du résident
S'adapter d'avantage au rythme du résident pour les horaires du coucher
Améliorer l'organisation pour le temps des repas.

8.2.2 Respect de la dignité et l'intimité du résident

Le respect de la dignité et de l'intimité constitue un principe fondamental de l'accompagnement au sein de la Fondation de Grammont. À ce titre, l'ensemble des soins – notamment les soins d'hygiène – sont dispensés dans le respect strict de la vie privée et de l'intégrité des personnes accueillies.

Les professionnels s'assurent que les résidents sont informés des soins qui leur sont proposés ou délivrés, en fonction de leur état de santé, dans le respect des règles de déontologie. L'information claire et bienveillante sur chaque acte permet de garantir le consentement éclairé du résident.

Dispositifs garantissant la préservation de l'intimité

- Les soins d'hygiène sont réalisés porte fermée, avec activation d'un signal lumineux extérieur pour indiquer la présence du personnel.
 - Le personnel frappe systématiquement avant d'entrer dans une chambre et annonce sa présence.
 - Lors des toilettes, les résidents sont couverts autant que possible afin de préserver leur intimité.
 - Le résident est encouragé à choisir sa tenue vestimentaire dans la mesure du possible, dans le respect de ses préférences et de sa dignité.
-
- Plusieurs espaces collectifs (salons, salles de restauration) sont aménagés pour permettre aux résidents de recevoir leurs proches en toute confidentialité.
 - Les chambres doubles sont équipées de cloisons amovibles afin d'améliorer le confort et le respect de l'intimité.

Engagement professionnel et communication adaptée

- Les soignants expliquent systématiquement les gestes réalisés, qu'il s'agisse de soins ou d'entretien des espaces de vie.
- Le recours à un langage professionnel est valorisé ; des rappels sont régulièrement effectués concernant l'usage de termes inappropriés ou familiers.
- Des sessions de sensibilisation sont programmées pour aborder les questions liées à la sexualité des personnes âgées et accompagner les familles et les professionnels dans cette réflexion.
- Le travail en binôme lors des soins est valorisé, dans une logique de respect, d'efficacité et de sécurité pour le résident.

Suivi organisationnel

- Des réunions de service sont organisées trimestriellement afin de garantir un fonctionnement cohérent, d'évaluer les pratiques et de rappeler les modalités d'intervention dans le respect des valeurs éthiques de l'établissement.
- Un programme de formation continue est mis en place, notamment sur les thématiques suivantes :
 - Respect de la dignité et de l'intimité
 - Prise en compte de la vie affective et sexuelle
 - Communication respectueuse et bienveillante

Les soins d'hygiène apportés aux résidents, sont effectués avec la porte fermée, le personnel note sa présence par un signal lumineux au-dessus de la porte. Un travail de communication est à effectuer avec les familles et le personnel pour les sensibiliser aux questions liées à la sexualité, et aux questions qu'elles soulèvent.

Des rappels, peuvent être réalisés, si besoin, auprès des soignants sur la non-utilisation d'expressions familières avec les résidents.

Des rappels sur les modalités du travail à deux soignants, dans le respect de la dignité du résident sont à réaliser.

Objectif : Poursuivre les formations sur le respect de la dignité, de la sexualité, de l'intimité des résidents et sur la non-utilisation d'expressions familières
Action :
Programmer les formations internes sur ces sujets

8.2.3 Respect de la confidentialité des informations et du secret médical

Les modalités de partage des informations relatives au résident permettent le respect de la confidentialité.

L'obligation de respecter le secret professionnel est le corollaire du droit du résident au respect de son intimité et de sa vie privée.

Le secret professionnel, est l'interdiction de divulguer à une personne extérieure ou non soignante ou accompagnatrice à l'établissement une information dont un employé a eu connaissance dans l'exercice de sa profession.

Le secret médical est la composante du secret professionnel qui concerne les professionnels de santé. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'importance du secret professionnel.

Cette loi réaffirme la légalité du secret partagé entre professionnels de santé afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible, sauf opposition de la part de l'intéressé.

L'équipe de soins d'un même établissement est considérée dans son ensemble comme dépositaire des informations concernant le patient.

La loi prévoit des sanctions pénales pour les personnes qui obtiendraient (ou tenteraient d'obtenir) la communication des informations couvertes par cette obligation (ex : employeurs, assureurs...). Le secret couvre la santé mais aussi la vie privée.

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au résident et au secret médical.

Les transmissions sont réalisées via un logiciel de soins sécurité, les ordinateurs sont placés dans des lieux adaptés fermés. Le logiciel de soin se verrouille au bout de 20 minutes d'inactivité.

Chaque point d'information, salle de soins, local ménage ou office est fermé par une poignée à digicode.

Objectif : Améliorer le respect de la confidentialité des informations relatives aux résidents.
--

Action :

Poursuivre les formations et la sensibilisation des professionnels aux règles sur la confidentialité des informations relatives aux résidents.
--

Améliorer la confidentialité des discussions dans les couloirs.

8.2.4 Respecter les libertés individuelles

Les principes de « la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » sont connus et appliqués.

L'EHPAD met à disposition du résident un coffre-fort situé dans un bureau administratif.

Les résidents bénéficient d'un espace privatif dans lequel ils peuvent :

- Apporter du mobilier
- Apporter des objets et effets personnels
- Préserver leur intimité
- Recevoir leur famille

Les projets d'accompagnement personnalisés sont à faire évoluer pour qu'ils identifient de façon explicite les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect. Ils devront aussi indiquer les motifs d'une restriction de liberté et la mise en place d'une contention.

Le droit à l'image est respecté dans des feuilles de décharge dès l'entrée de la personne accueillie.

Le résident (or UVP et UHR) peut sortir à tout moment de l'établissement, de préférence accompagné pour les longs trajets.

Les résidents peuvent recevoir leur famille et leurs proches (repas en salle à manger/ salle d'animation).

8.2.5 Respecter les habitudes de vie

Les habitudes de la personne sont recueillies dès l'admission et prises en compte dans l'accompagnement au quotidien. Les régimes et les goûts alimentaires sont respectés et discutés lors de l'entrée en établissement et tout au long du séjour.

Les habitudes du coucher et lever du résident sont prises en compte. Le personnel veille à l'approvisionnement des produits d'hygiène des résidents (et alerte l'entourage du résident en cas de besoin de réapprovisionnement).

La loi d'Avril 2024 permet au résident de posséder un animal de compagnie. L'EHPAD se garde le droit de valider l'accueil de tout animal dans la structure en fonction de la race de l'animal, du danger éventuel (comportement et hygiène) et des soins à lui apporter.

L'EHPAD possède des poneys et des chèvres mais aussi un chat depuis 2023 et souhaite en acquérir d'autres pour continuer la zoothérapie des résidents

Les familles peuvent apporter leur animal de compagnie, en visite, dans la mesure où il est en laisse, vacciné, sociable avec les personnes et les autres animaux.

Les résidents qui fument sont accompagnés à l'extérieur s'ils sont en incapacité physique de sortir seuls.

Objectif : Améliorer le respect des habitudes de vie
Action :
Formation des soignants pour l'amélioration du respect du rythme de vie de la personne accueillie.

8.2.6 Respecter la vie spirituelle

En prenant en considération l'histoire de la Fondation, la messe catholique est donnée 1 fois par mois. La chapelle est accessible à tout moment, la messe catholique est diffusée à la télé tous les dimanches pour les résidents qui le souhaitent.

Les cuisines respectent les fêtes et les jours saints : Vendredi saint, sans viande.

8.2.7 Respecter l'équilibre entre la liberté et la sécurité

Les risques liés à l'exercice du droit à la liberté d'aller et venir sont mesurés par le médecin coordinateur pour la personne ayant des difficultés d'orientation (troubles cognitifs).

Les modalités pratiques permettant d'assurer le respect effectif de la liberté d'aller et venir du résident et sa sécurité sont réfléchies avec les professionnels.

Les restrictions apportées sont nécessaires à la préservation de la sécurité de la personne et adaptées au but poursuivi (elles sont également réévaluées). Les risques de chutes et de malaises sont prévenus dans le logement.

Nous disposons de bracelet anti-fugue pour les personnes avec des troubles cognitifs.

Des barrières sont installées devant les escaliers pour éviter le risque de chute en fauteuil.

La porte d'entrée est sécurisée pour un digicode, le code est connu par les résidents autonomes.

Nous avons 2 services fermés (UVP et UHR) pour garantir la sécurité des résidents désorientés, chaque service dispose d'un espace extérieur clos, diminuant l'impression d'enfermement.

L'utilisation des contentions est réévaluée tous les 3 mois.

Objectif : Formaliser les restrictions des libertés
Actions :
Intégrer dans les projets d'accompagnement les motifs de restriction des libertés et désigner la mesure restrictive mise en place.
Augmenter la surface de déambulation pour l'UVP avec les projets architecturaux.

8.2.8 Respecter et favoriser l'expression des résidents

L'expression collective : le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Un Conseil de la vie sociale qui représente les résidents est institué. Le CVS exprime de façon collective, les suggestions et demandes d'amélioration de l'ensemble des résidents. Il comprend des représentants :

- La présidence
- La direction
- Des résidents
- Des familles et des proches
- Des salariés

Il est réuni au minimum 2 fois par an par son président. Un membre de l'équipe de direction y participe. Les comptes rendus des réunions du CVS sont affichés dans l'établissement. En fonction des départs et du besoin, le CVS est renouvelé.

Les élus du Conseil de la Vie Sociale (CVS) sont identifiés auprès des résidents et leurs proches. Ils sont incités à préparer les réunions du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Un travail étroit est organisé entre le directeur et les élus pour la préparation et le suivi des réunions.

Conformément à la réglementation, le directeur présente au CVS tous les projets de l'établissement et la démarche d'amélioration continue de la qualité mise en œuvre. Deux résidents ont participé à l'actualisation du projet d'établissement.

Objectif : Faciliter le rôle des personnes élues au CVS
Action :

Renouveler le bureau du CVS

L'expression individuelle des résidents :

La compétence relationnelle des professionnels en contact quotidien direct avec les résidents (agent de services, aide-soignant, aide médico-psychologique...) est valorisée afin de favoriser leur expression en dehors des cadres formalisés de participation.

Une enquête de satisfaction permet le recueil des avis et de la satisfaction des résidents. Cette enquête est organisée tous les deux ans sur les différents thèmes de la vie au sein de l'établissement.

Des outils d'expression libre comme une boîte à idées, des fiches de remarques/suggestions sont à mettre en place.

Des fiches de signalement d'événements indésirables sont mis à disposition des résidents et des familles.

L'établissement évite autant que possible un turn-over préjudiciable à la création et au maintien de relations de confiance entre résidents et professionnels.

Les résidents participent aux diverses commissions : menus, animation.

Objectif : Faciliter l'expression des résidents
Actions :
Renouveler les cafés du directeur et de la cadre de santé.
Mettre une boîte à suggestions visible pour les résidents et leurs familles.

8.2.9 Respecter et favoriser la vie sociale

Des accompagnements des résidents au marché, aux courses, concerts, commémoration, animations culturelles...) sont organisés régulièrement.

Des partenariats avec les associations culturelles sont établis (culture 70).

L'établissement organise et vérifie avec chaque résident ou son représentant légal à son inscription sur les listes électorales.

Les résidents exercent leur droit de vote aux consultations électorales, y compris en votant par procuration ; une information et une aide leur sont apportées en ce sens.

Les résidents qui le souhaitent sont accompagnés pour voter lors des élections.

Objectif : Favoriser la vie sociale
Actions :
Développer les sorties avec un véhicule adapté
Réflexion sur l'agencement de la salle à manger pour permettre à tous les résidents de manger en salle.
Réflexion sur l'agencement d'un local "magasin" de vêtements pour les résidents et d'un mini bar.
Réaliser un potager.

Poursuivre les partenariats avec des animaux.
Présenter les nouveaux résidents aux autres résidents à l'entrée.
Informers les résidents des décès
Créer un temps d'échange entre les résidents, une fois par mois.

8.3 La personnalisation de l'accompagnement et le projet personnalisé

8.3.1 S'approprier le nouveau lieu de résidence

L'espace privatif :

Le résident a la possibilité de choisir sa chambre si plusieurs chambres sont disponibles. Les proches sont invités à participer à l'aménagement de la chambre s'ils le souhaitent. Les souhaits des résidents sur leur lieu de vie est notifié dans le projet personnalisé à l'entrée et réévalué tous les ans.

Le nom de la personne est inscrit sur la porte et une photo est affichée avec son accord.

Le mobilier, l'aménagement de la chambre et de la salle de bain sont adaptés aux problématiques de la personne.

Objectif : Favoriser d'adaptation du résident à son nouveau lieu de vie
Actions :
Prendre contact avec la famille avant l'entrée pour adapter au mieux le lieu de vie aux besoins et envies du résident.
Inclure plus les familles dans la rédaction des PAP.

Les espaces collectifs :

Des lieux de vie favorisant les rencontres, la détente, la prise du petit déjeuner, goûter etc. sont aménagés.

Les informations (menus, animations, nouvelles de l'établissement...) sont diffusées dans les lieux de circulation de l'établissement fréquentés par les résidents et leur famille (panneau d'affichage à l'entrée, devant les ascenseurs...).

Les déplacements sont sécurisés (main courante...). Les nuisances sonores et olfactives dans les locaux sont maîtrisées. La température des locaux est adaptée et maîtrisée pour les résidents. Des éclairages naturels ou artificiels sont mis en place. Des WC communs existent à tous les niveaux du bâtiment.

Les activités sont organisées dans des lieux adaptés, afin de favoriser l'intimité des petits groupes, la communication, etc. La salle d'animation n'est pas très accessible pour les personnes à mobilité réduite qui se déplacent seuls (deux petites pentes).

Les espaces investis spontanément par les résidents comme les paliers d'ascenseur, sont aménagés en conséquence.

Les résidents ont la possibilité d'utiliser un ou plusieurs petit(s) salon(s) pour rencontrer leur famille ou d'éventuels intervenants extérieurs en privé.

Les espaces extérieurs (cour, grande et petite terrasse, pergola) sont accessibles et sécurisés. Les résidents ont la possibilité de s'asseoir et se reposer à l'extérieur.

8.3.2 Personnaliser l'accompagnement

Personnaliser les habitudes de lever, de petit déjeuner et de coucher des résidents

Le personnel prend au maximum en compte le rythme du résident.

Un déroulé de journée est élaboré pour chaque poste soignant. Un ordre de lever est établi au plus proche des souhaits des résidents et en fonction des possibilités. Les informations essentielles sur l'accompagnement pour chaque personne accueillie sont connues et appliquées par les soignants.

L'équipe soignante propose une aide à la toilette si nécessaire. Un planning des toilettes est mis en place et respecte tant que possible les souhaits des résidents.

Le service d'UHR s'adapte complètement au rythme de sommeil des résidents grâce à un nombre de personnel adapté liés aux besoins spécifiques de ce service.

Les services d'EHPAD respectent les horaires de sommeil dans la limite de l'organisation du service.

Les horaires de réveil sont de 7h, pour ceux qui le souhaitent, jusqu'à 09h30 pour les gros dormeurs.

Les douches peuvent être prises le soir comme le matin en fonction du souhait du résident. Les besoins, mais aussi les attentes de la personne sur les modalités d'aide pour le coucher sont prises en compte. Les habitudes de vie de la nuit sont recueillies et favorisées tant qu'elles ne sont pas dérangeantes pour les autres résidents. Si le résident ne souhaite pas être visité la nuit, son souhait est respecté.

Le personnel de nuit est très attentif aux résidents qui ne dorment pas et leur accorde des temps individuels.

Les plans de soins sont adaptés au mieux aux besoins et habitudes du résident.

Objectif : Favoriser la personnalisation du projet de soins
Actions :
Adapter, encore plus, le quotidien au projet personnalisé.
Mieux définir le rôle du référent et le valoriser

L'accompagnement au moment des repas

Les horaires des repas sont définis, affichés et respectés.

Les menus sont affichés dans la semaine avant la prise de ces repas. Les régimes sont prescrits par les médecins traitants et sont respectés.

Lors de fortes températures, des actions sont mises en place pour surveiller et renforcer l'hydratation des résidents. Les personnes à risque de dénutrition font l'objet d'une prise en charge spécifique.

Les accompagnements des résidents dépendants sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du résident. Des espaces pour les personnes ayant besoin d'un accompagnement spécifique sont aménagés.

Les personnes peuvent accueillir, pour le repas, leur famille en salle d'animation.

Le repas du soir est servi tôt et la durée du jeûne nocturne est importante notamment pour les résidents diabétiques ou/et qui n'ont pas la capacité de demander une collation la nuit s'ils ont faim.

Dans l'enquête 2023, plusieurs résidents souhaitaient une amélioration de la qualité des repas et des menus plus adaptés à leurs habitudes alimentaires. Des efforts importants ont été réalisés en cuisine pour augmenter l'appétence des repas. Tout en sachant que les repas sont préparés principalement avec des produits frais, cuisinés sur place.

8.3.3 Le projet personnalisé

Selon les dispositions du Code de l'action sociale et des familles, chaque personne accueillie doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement personnalisé dans le cadre de son séjour en établissement social et médico-social.

L'ANESM a publié en 2008 des recommandations de bonnes pratiques relatives au projet individualisé pour guider les professionnels dans la démarche.

Les projets de vie individualisés visent l'objectif d'être à l'écoute des désirs des résidents, de préserver leur autonomie, de leur apporter du bien-être et de les respecter en tant que personne.

Les modalités d'élaboration des projets personnalisés :

En amont de l'élaboration du projet, un entretien est réalisé par la psychologue et/ou IDE avec les soignantes et la personne accueillie sur ses habitudes de vie et attentes.

Le résident est questionné sur ses besoins et attentes dans tous les domaines. Avec l'accord du résident, la famille est associée à cette phase de recueil.

L'ensemble du projet - objectifs et plan d'actions - est validé par la personne si elle est en mesure de le faire. Le recueil des directives anticipées et de la nomination d'une personne de confiance est recherché au cours de la vie du résident dans l'établissement et cela dès l'entrée.

La formalisation des projets personnalisés (PP) :

Au cours de l'accompagnement, les professionnels sont incités à être attentifs aux détails et aux modifications du comportement de la personne accueillie. Les professionnels concernés mettent à jour le projet personnalisé dès lors qu'une modification est constatée, dans le respect du secret professionnel ou au moins un fois par an.

Les professionnels connaissent très bien les habitudes de vie des résidents.

Tous les résidents bénéficient d'un projet personnalisé formalisé.

L'observation, puis l'analyse des attitudes et des comportements non verbaux des personnes présentant des graves difficultés de communication, sont formalisés en vue de définir des objectifs et des actions adéquates.

Par ailleurs, l'établissement a mis en place la phase d'évaluation annuelle des projets personnalisés.

Objectif : Formaliser l'élaboration des projets personnalisés
Actions :
Actualiser la procédure d'élaboration des projets personnalisés
Insérer les actions du PP dans les plans de soins et dans l'item animation du logiciel de soins afin de valider les actions réalisées et mesurer les effets

8.4 L'animation et la vie sociale

8.4.1 Qu'entend-on par animation ?

Afin de favoriser les liens entre les personnes accueillies, l'établissement a le souci de proposer des actions de vie sociale aux résidents.

Le service animation propose un grand choix d'activités régulières, tout en laissant la liberté aux résidents d'y participer ou non.

8.4.2 Les objectifs fondamentaux

L'objectif fondamental de l'établissement est de placer le résident au centre de toutes les préoccupations, de l'accompagner au quotidien et de mobiliser les équipes autour de lui.

L'animation peut être collective, lors d'ateliers divers ou de sorties. Mais aussi, individuelle, sous forme de rencontres et de moments privilégiés afin de mieux répondre et percevoir les attentes et les besoins des résidents.

L'animatrice vise à favoriser le bien-être des personnes accueillies dans la structure et à leur permettre de retrouver, de conserver ou de développer une vie sociale au sein de la structure ou dans son environnement. Une équipe de bénévoles intervient également afin de favoriser la création de nouveaux liens sociaux pour le résident.

D'autres objectifs sont poursuivis dans le domaine de la vie sociale :

Favoriser la vie sociale des personnes accueillies

Deux activités au minimum sont proposées par jour. Les activités varient en fonction des personnes, certaines sont maintenues régulièrement, comme la musique, les mouvements d'autonomie, les ateliers mémoires, le loto parce qu'un nombre important de résidents apprécient ces activités et les demandent régulièrement.

Une commission animation est organisée tous les ans pour faire le point avec les résidents sur leurs envies d'animation.

Développer l'ouverture sur l'extérieur afin de favoriser le lien social des résidents

Une grande diversité d'activités ludiques et socioculturelles est proposée à l'intérieur et au-delà des murs de l'établissement.

Ces activités permettent aux résidents de conserver une vie citoyenne :

- Sorties bowling
- Restaurant
- Exercice du droit de vote
- Commémoration
- Outils multimédias (internet) utilisés pour faciliter les liens entre les résidents et leurs familles ou pour communiquer sur les activités réalisées par les résidents, connexion internet dans les chambres des résidents et wifi collectif pour tous les pavillons.

Promouvoir les liens avec la famille et les proches.

L'établissement dispose d'espaces collectifs pour recevoir les familles et possède de nombreux lieux de rencontres pour permettre aux résidents de faire connaissance.

Comme cela a été indiqué précédemment, les familles sont représentées au sein du Conseil de la Vie Sociale qui se réunit deux fois par an.

Les familles sont invitées au Marché de Noël chaque année et peuvent tenir un stand si elles le souhaitent.

Une salle d'animation permet aux résidents de manger avec ses proches en réservant 72h à l'avance.

Une large plage de visites est appliquée : de 11h00 à 19h00.

Les familles participent librement à la vie de l'établissement, les familles sont libres de participer aux activités, fêtes, sont prévenues lors des sorties, elles reçoivent une invitation pour les anniversaires du mois de leur parent qui a lieu en fin de mois.

Diversifier les partenariats et développer les liens intergénérationnels :

Les partenariats sont à développer avec autres structures, les écoles et la crèche de Villersexel.

L'établissement a l'opportunité de travailler avec trois bénévoles réguliers impliqués dans la vie de l'établissement au travers de diverses activités et dans l'accompagnement des résidents.

Objectif : Faciliter la vie sociale
Actions :
Mise en place d'un groupe de parole pour les familles.
Les partenariats sont à développer avec autres structures, les écoles et la crèche de Villersexel.
Développer les activités sportives : prof APA ou Rencontre inter-EHPAD ou projet avec le PAN.

8.4.3 Le recueil des attentes des résidents

Les attentes et habitudes de vie du résident sont prises en compte et notifiées dans le logiciel de soins le jour de l'entrée.

8.4.4 La coordination de la vie sociale et le planning des activités

La vie sociale est coordonnée par une animatrice. Son rôle est d'instaurer une dynamique au sein de l'établissement en proposant des activités qui favorisent l'intégration, la participation et le bien-être des personnes accueillies dans le respect du projet de vie de l'établissement.

Le catalogue des activités est adapté aux demandes exprimées et aux moyens de l'établissement. Plusieurs types d'activités sont proposées (vie quotidienne, création, gymnastique, intellectuelles, ludiques, prévention, lectures, ...).

Un planning hebdomadaire comprenant les activités de la semaine est aussi élaboré et les activités du jour sont affichées sur chaque table de restauration du midi.

L'établissement tient compte des modalités d'organisation qui favorisent la relation (lieux, taille du groupe, affinités, convivialité, disponibilité...).

La salle d'animation dispose d'une borne Mélo et le service UVP d'une borne Tuvertafel.

L'établissement a mis en place une commission animation, une fois par an, à laquelle les résidents et les bénévoles participent.

Chapitre 9 : projet d'accompagnement et de soins

Les axes en matière d'accompagnement et de soins de la Fondation de Grammont sont les suivants :

- **Maintenir et stimuler les capacités préservées des personnes accueillies** : capacités physiques, psychiques, intellectuelles et sensorielles.
- **Assurer la continuité et la qualité des soins** : soins médicaux préventifs ou curatifs, paramédicaux, soins de nursing, soins relationnels.
- **Accompagner jusqu'à la fin de la vie** : apporter un accompagnement global en respectant les souhaits du résident et des proches.

Le projet d'accompagnement et de soins repose sur une prise en soin globale et optimale qui comprend les soins thérapeutiques et les soins relationnels.

L'accompagnement prend en compte les attentes, les besoins et les souhaits de chaque personne accueillie, y compris sa vie sociale avec les personnes qui l'entourent quotidiennement (personnels et résidents).

Le projet d'accompagnement et de soins définit les aides et les soins nécessaires aux résidents pour vivre leur âge dans les meilleures conditions.

Il s'inscrit dans les valeurs portées par l'établissement, définies précédemment.

Il s'appuie sur les travaux de l'évaluation interne réalisée en 2021 et sur les

Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'HAS mises à jour en novembre 2020.

9.1 Les fondements de la démarche de soins

La démarche de soins conduite repose sur une évaluation gériatrique standardisée. Les évaluations sont réalisées par l'équipe pluridisciplinaire et sont renouvelées régulièrement.

9.1.1 Evaluation des troubles comportementaux et psychiatriques

Troubles comportementaux :

Lors de la visite de préadmission, le médecin coordonnateur quantifie et qualifie les troubles du comportement.

Les résultats de ces évaluations déterminent le service de l'établissement le plus indiqué pour la personne.

S'il y a une indication de prise en charge en UHR ou en UVP, le médecin coordonnateur peut demander un NPI-ES (inventaire neuropsychiatrique adapté aux équipes soignantes) avant l'entrée.

Une quinzaine de jour après l'entrée du résident, le NPI-ES (inventaire neuropsychiatrique adapté aux équipes soignantes) est pratiqué par la psychologue et permet d'orienter et adapter l'accompagnement médicamenteux et non médicamenteux.

Les troubles comportementaux sont évalués ou réévalués en cas de changements observés et communiqués au médecin coordonnateur par les professionnels de jour comme de nuit.

Le médecin traitant est averti des troubles comportements qui ont été repérés. Si nécessaire, le médecin coordonnateur demande un bilan psycho- gériatrique en externe en lien avec le médecin traitant.

Troubles psychiatriques

Depuis plusieurs années, l'établissement accueille un nombre croissant de résidents présentant des troubles du comportement d'origine psychiatrique.

L'évaluation et les moyens d'accompagnement de ces troubles sont à développer.

Objectif : Améliorer l'évaluation et l'accompagnement des résidents présentant des troubles psychiatriques
Actions :
Mettre en place des formations sur l'évaluation et l'accompagnement des troubles psychiatriques
Poursuivre la coopération avec le Centre Médico-Psychologiques et rechercher des partenariats complémentaires

9.1.2 Evaluation des troubles cognitifs

Dans la mesure du possible, la psychologue réalise la visite de préadmission avec le médecin coordonnateur.

Elle réalise des évaluations au moyen de différents outils :

- Test Neuropsychiatrique (NPI-ES) pour évaluer la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de désorientation
- le MMS (Mini Mental Test) pour évaluer les fonctions cognitives et les capacités préservées de la personne.

9.1.3 L'évaluation des capacités dans les actes de la vie quotidienne

Une semaine après l'admission, le médecin coordonnateur avec les infirmières, effectue une première évaluation permettant notamment via la grille AGGIR :

- D'anticiper l'accompagnement de la personne par des moyens matériels et humains nécessaires.
- D'évaluer avec l'échelle de Braden le risque d'escarre ;
- De repérer le risque de sortie intempestive et d'évaluer les mesures de prévention ;
- D'identifier le risque de chute ;
- D'évaluer l'état de dénutrition de la personne accueillie avec l'échelle MNA et IMC
- D'anticiper une évolution de la douleur avec l'échelle Algoplus pour adapter le traitement dès d'entrée.

A l'admission, l'équipe soignante réévalue les besoins d'aide dans les actes de la vie quotidienne, un poids d'entrée est réalisé pour avoir un poids de repère en cas de problématique médicale puis il est pris tous les mois.

Les soignants réévaluent au moins une fois par an le niveau de dépendance et d'autonomie du résident.

Tous les membres de l'équipe (soignants ou non) sont incités à informer le médecin coordonnateur ou l'IDEC et les IDE de tout comportement préoccupant du résident et/ou de la baisse de ses potentialités.

Une grille de lecture est disponible pour professionnels sur le logiciel de soins, afin de les sensibiliser à l'observation des signes susceptibles de montrer un risque de perte d'autonomie ou une aggravation de la dépendance de la personne.

Les partenaires (notamment les masseurs-kinésithérapeutes) et le médecin traitant en particulier sont sollicités pour trouver des réponses à la perte d'autonomie. Les solutions trouvées et leurs limites sont notées dans le dossier de soins.

Les actions mises en place pour maintenir l'autonomie ou prévenir sa perte ne font pas l'objet d'une évaluation formalisée systématique.

Objectif : Harmoniser l'accompagnement de la dépendance et la perte d'autonomie
Actions :
Actualiser et diffuser les procédures d'aide pour le lever, les repas, la toilette, le coucher, les déplacements des résidents.
Actualiser les plans de soins à l'issue des évaluations.
Continuer le contrôler l'application de ces procédures.
Objectif : Réaliser un suivi des adaptations mises en œuvre pour prévenir ou réduire la perte d'autonomie
Action :
Formaliser les évaluations réalisées sur les adaptations mises en œuvre.

9.1.4 L'évaluation des soins requis

L'évaluation PATHOS est réalisée une fois par an permet de recenser les maladies dont sont porteurs les résidents au travers d'un thésaurus de 50 états pathologiques. Avec pour chacun de ces états, l'appréciation pour chaque résident des soins requis.

Dans le mois de l'admission, le médecin coordonnateur évalue les besoins en soins.

Ces besoins sont réévalués une fois par an et aussi souvent que nécessaire par l'équipe pluridisciplinaire, en lien avec le médecin coordinateur.

9.2 La continuité et la coordination des soins

La fondation de Grammont organise la permanence des soins 24H/24H, et 7 jours/7.

Le médecin coordinateur réalise une permanence téléphonique et présentielle si besoin 24h/24h hors jours de congés.

9.2.1 La permanence des soins

Les soins sont dispensés par l'équipe soignante pluridisciplinaire ainsi que par les professionnels de santé libéraux (médecins traitants, masseurs-kinésithérapeutes).

La coordination des soins est réalisée par le médecin coordonnateur présent à hauteur de 0.6 ETP.

En cas de besoin, l'établissement a recours à :

- L'hospitalisation à domicile (HAD)

- L'équipe mobile de soins palliatifs
- L'équipe de gérontopsychiatrie

Un dossier de soins informatisé et papier est constitué pour chaque résident.

Il comprend :

- Les éléments médicaux
- Les éléments concernant les soins paramédicaux
- Les éléments concernant les aides à la vie quotidienne
- Les objectifs de soins

Le médecin coordonnateur ainsi que l'infirmière coordinatrice veillent à **l'application des bonnes pratiques gériatriques et formulent** toute recommandation utile dans ce domaine à l'équipe soignante de l'EHPAD. Ils réalisés annuellement des audits d'évaluation de la qualité des soins.

Ils contribuent à la mise en œuvre **d'une politique de formation en soins et participe aux actions d'information des professionnels de santé** exerçant dans l'établissement.

Depuis 2024, le médecin coordonnateur organise chaque année deux commissions de coordination gériatriques. Les médecins traitants, les pharmaciens, le CVS, l'ergothérapeute, les IDE et les masseurs-kinésithérapeutes y sont conviés.

Objectif : Améliorer la coordination
Actions :
Améliorer la qualité des transmissions
Améliorer la liste de documents prévues pour les rdvs extérieurs des patients.

9.2.2 Les hospitalisations non programmées et la gestion des urgences

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est formalisée et diffusée.

Le médecin coordinateur de la formation urgentiste assure une permanence téléphonique 7 jours sur 7, 24h sur 24h hors vacances. La procédure d'appel à la permanence médicale est connue des soignantes.

Du matériel d'urgence opérationnel est disponible pour les soignants (chariot d'urgence, ECG), en salle de soins.

Les professionnels soignants et non soignants sont formés aux signes d'alerte nécessitant une prise en charge en urgence : une formation AFGSU est organisée chaque année. Tous les professionnels seront à jour d'ici fin 2026.

L'organisation permet au personnel de répondre à toute heure de jour comme de nuit aux appels d'urgence des résidents.

En cas d'hospitalisation, les soignants transmettent le DLU (dossier de liaison d'urgence) disponible sur le logiciel de soins ainsi qu'une photocopie de la carte vitale et de la carte de mutuelle.

Le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur se met en contact avec les services concernés afin de prendre des nouvelles du résident hospitalisé.

En 2023, l'établissement a constaté 264 journées d'hospitalisation pour 22 résidents. Le temps de présence du médecin coordonnateur ainsi que l'astreinte médicale permettent, depuis 2024, de limiter le nombre d'hospitalisations non programmées.

Objectif : Améliorer la gestion des urgences
Actions :
Poursuivre l'utilisation des protocoles ainsi que leurs utilisations vis-à-vis des professionnels
Réflexion sur un éventuel partenariat avec les médecins coordinateurs d'Habitat et Humanisme.

9.3 La prise en soin des résidents présentant des troubles cognitifs et/ou comportementaux

L'établissement dispose d'une unité de vie protégée de 19 places d'hébergement et une unité d'hébergement renforcée de 13 places.

Une sécurisation générale des entrées et sorties est mise en place dans les deux unités.

La présence d'une psychologue sur l'établissement est une aide précieuse quant à la gestion au quotidien des troubles comportementaux.

Les activités organisées par l'animatrice permettent une occupation active et une valorisation de ces mêmes résidents.

La prise en soins non médicamenteuse est privilégiée pour la gestion des troubles du comportement : Snoezelen, balnéothérapie, activités manuelles, borne mélo, borne Tuvertafel.

Le recours aux médicaments ou à la contention intervient à titre subsidiaire après que toutes les thérapeutiques non médicamenteuses ont été activées.

La décision de prescrire un traitement est toujours effectuée suite aux observations de l'équipe pluridisciplinaire.

Accompagner les résidents atteints de troubles de l'humeur et du comportement

Le personnel est formé aux caractéristiques et spécificités liées à la maladie d'Alzheimer ou apparentée : les professionnels qui travaillent au sein de l'unité d'hébergement renforcé sont titulaires, du diplôme d'aide-soignant ou d'aide médico-psychologique ou d'assistant de soins en gériatrie. Une équipe dédiée intervient au sein de l'unité.

Au sein de l'unité de vie protégée, l'équipe est diplômée mais les remplaçantes en CDD ne sont pas toujours diplômées (mais encadrées par les diplômées). Nous rencontrons une difficulté d'embauche en CDD des aides-soignants sur le secteur.

La psychologue apporte un soutien et une écoute auprès des résidents, des familles et des soignants de l'unité.

Les intervenants extérieurs programmés au sein de l'EHPAD (spectacles, chants) interviennent également quelques fois au sein de l'UVP ou l'UHR mais aussi pour les personnes alitées dans les services.

L'équipe soignante des deux unités propose des ateliers thérapeutiques aux résidents tous les jours.

Des contrats de séjour spécifiques à l'UHR et l'UVP sont mis en place et énumèrent les modalités d'accompagnement personnalisé pour les résidents atteints de troubles de l'humeur et du comportement.

Le projet de service de l'UVP a été remis à jour en 2022 et celui de l'UHR est en cours de réécrire pour une mise en application en 2025.

Des réunions de synthèse pluridisciplinaires sont réalisées une fois par semaine pour les services d'UVP et d'UHR et 1 fois tous les 4 semaines pour les services d'EHPAD classiques.

Objectif : Améliorer la gestion des troubles cognitifs
Actions :
Continuer l'optimisation de l'orientation
Réflexion sur des nouveaux locaux plus adaptés pour les activités
Améliorer les partenariats avec les établissements psychiatriques
Réaliser davantage de formations sur les troubles cognitifs pour le personnel non diplômés.

9.4 La prise en soin des résidents présentant des troubles psychiatriques ou des signes de dépression

Accompagner les résidents atteints de troubles psychiatriques

L'infirmière du CMP (centre médico-psychologique) vient 1 fois par mois pour réaliser des entretiens avec les résidents atteints de troubles psychiatriques. Le médecin coordinateur est en lien avec l'équipe mobile de soins psychiatriques.

Il est parfois compliqué de trouver des places en unité psychiatrique, pour nos résidents en crise.

La prévention du risque suicidaire

Les résidents présentant un risque suicidaire sont identifiés et font l'objet d'une vigilance particulière par les soignants. La psychologue a réalisé une procédure de suivi mise à jour en 2023 et de surveillance des personnes à risque.

Des entretiens individuels sont proposés par la psychologue en cas de signes de dépression.

9.5 La nutrition et l'hydratation des résidents

L'état nutritionnel du résident est systématiquement évalué dans la semaine qui suit son arrivée, puis une fois par an et plus si nécessaire.

Le poids des résidents est relevé tous les mois. Les troubles de la déglutition sont évalués par les infirmiers en cas de troubles.

Le protocole de prévention et de traitement de la dénutrition est élaboré depuis 2024. Des repas à texture modifiée (haché, mixé) sont préparés par les cuisines pour les résidents qui présentent des risques de fausse route ou qui ont des problématiques de dentition. Afin de prévenir les risques de dénutrition, la soupe est enrichie pour les personnes à risque.

Des compléments alimentaires sont donnés aux résidents dénutris (jus de fruit, crème, compote), sur prescription du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur.

Les résidents à risque de déshydratation sont identifiés. Une fiche de suivi est mise en place pour les résidents dénutris.

Objectif : Améliorer la prise en charge de la dénutrition
Actions :
Mener une réflexion sur l'horaire et les lieux de repas du soir.
Poursuivre le suivi des personnes dénutris
Prise en charge plus rapide de la dénutrition quand elle est constatée.
Améliorer l'appétence des repas surtout la présentation pour les mixés par la formation des professionnels de cuisine.
Améliorer la prise en compte des régimes et préférences
Réévaluation plus régulière de la texture en fonction de l'amélioration des troubles.

9.6 La prévention de la dépendance et le maintien des capacités restantes

Sur la base du projet personnalisé réalisé à l'entrée et des observations du personnel soignant, la personne accueillie est incitée à faire par elle-même tout ou partie des actes de la vie quotidienne.

Des aides matérielles et/ou humaines (aide à la réalisation des soins de nursing, aide à la prise des repas, aide au coucher, etc...) sont mises en place dès que nécessaire. L'organisation d'activités variées et adaptées permet également le maintien du lien social et de l'autonomie.

La dépendance est évaluée avec la grille GIR, à l'entrée puis une fois par an.

Le plan de soins est mis en place par rapport aux informations recueillis dans à l'entrée mais aussi par rapport au suivi quotidien.

Les différents intervenants extérieurs permettent un maintien des acquis : kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.

Les animations permettent aussi de maintenir les acquis, avec les ateliers mémoires, le loto ou la lecture du journal par exemple.

9.7 La prévention et la gestion des risques liés à l'état de santé

9.7.1 La prévention des chutes

Les professionnels se mobilisent dans la prévention des chutes tout en privilégiant l'autonomie, la liberté de mouvement et la prévention des escarres. Des échelles de risque sont utilisés pour prévenir du risque de chute.

La prévention des chutes fait l'objet d'une procédure mise à jour en 2024 :

- Chaque chute fait l'objet d'un suivi individuel dans le logiciel de soins
- Le personnel est sensibilisé sur l'importance de signaler toutes les chutes dans le logiciel de soins.
- Le personnel est sensibilisé à l'évaluation quotidienne et à la nécessité de tracer les chutes ou facteurs de risque de chutes.
- Le médecin coordonnateur évalue les causes des chutes. Un plan d'actions est mis en place en équipe pluridisciplinaire.
- L'intervention du masseur-kinésithérapeute peut être sollicitée.
- Un bilan annuel des chutes est extrait du logiciel de soins.

Les chutes font l'objet d'une déclaration systématique et d'une traçabilité dans les transmissions écrites : une fiche de chute est renseignée par le soignant.

En fonction des causes, un plan d'actions est mis en place, suivi par le médecin coordonnateur en lien avec la cadre de santé sur le terrain, l'ergothérapeute et avec les médecins traitants en cas de demande de prescription médicale.

Statistiques des causes et conséquences des chutes pour l'année 2023 :

Répartition par cause immédiate

Cause immédiate	Nombre de résidents	Nombre de chutes
Perte d'équilibre (lors de déambulation, ou en se levant du lit ou d'une chaise)	41	247
Chute du lit	26	63
Autres circonstances	19	40
Aucune des causes mentionnées	29	59

Répartition par conséquence

Conséquence	Nombre de résidents	Nombre de chutes
Chute ayant entraîné une hospitalisation complète (de plus de 24 heures)	3	3
Douleurs	27	67
Perte de conscience	0	0
Contusions	21	31
Pas de mal apparent	36	145
Plaies	25	66
Aucune des conséquences mentionnées	41	142

L'analyse des chutes est réalisée une fois par an par l'infirmière coordinatrice, le directeur, l'infirmière qualité et le médecin coordonnateur afin définir des actions de prévention générales.

Il est observé que les résidents d'UHR sont les plus à risque de chutes suivis par les résidents de l'UVP. Les résidents d'EHPAD classique étant moins à risque de chutes.

Cela est principalement dû à une déambulation importante des résidents d'UHR et d'UVP.

Il est observé aussi que les chutes sont plus fréquentes dans les derniers mois avant le décès. Une procédure de prévention est en cours d'élaboration.

Objectif : Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes
Action :
Mettre en place des actions de prévention par suite de l'analyse

9.7.2 La contention

La mise en place d'une contention n'est réalisée qu'en dernier recours.

- Il existe un protocole de prescription et de suivi de la contention mis à jour en 2024.
- Les contentions prescrites sont suivies par l'infirmière qualité qui mène une évaluation avec les équipes.

La contention intervient après interrogation du rapport bénéfices/risques, notamment lorsque l'utilisation des barrières est envisagée : dans la mesure du possible des alternatives aux barrières comme le lit bas, le lit large, les matelas au sol sont proposés.... Si ces possibilités ne sont pas suffisantes, la mise en place des barrières sera proposée.

- Avant toute prescription de barrières, les infirmières discutent avec l'équipe soignante pour identifier l'origine de la demande (exemple : chute du lit du résident, peur du résident au lit, position dangereuse = risque de chute, demande de la famille).
- Une réévaluation est réalisée régulièrement, selon les commentaires recueillis les barrières seront maintenues ou non. Une autre solution sera recherchée et suivra la même démarche d'évaluation.
- Chaque contention fait l'objet d'une prescription médicale donc d'un avis médical éclairé.

- Le bien-fondé de la mise en place d'une contention est toujours discuté avec les soignants. La prescription est réalisée par le médecin traitant, avec si possible le consentement du résident et en accord avec le médecin coordonnateur.

Toute contention fait l'objet d'une réévaluation en équipe.

Objectif : Améliorer le suivi des contentions
Actions :
Intégration des contentions au plan de soins
S'assurer du suivi des prescriptions médicales
Améliorer la réévaluation de l'utilisation des contentions.

9.7.3 Evaluer et suivre l'hygiène bucco-dentaire

Le personnel de soins s'assure avec le médecin traitant de la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire, en particulier chez les personnes à risque.

La surveillance bucco-dentaire est quotidienne.

Les formations en continu du personnel soignant sur la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire. Un protocole de prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire est en cours d'élaboration.

Objectif : Améliorer l'évaluation et l'hygiène bucco-dentaire
Actions :
Elaborer un protocole sur la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire
Programmer des formations sur la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire
Améliorer la réalisation des soins bucco-dentaire, une attention particulière doit être faite aux résidents portant des prothèses dentaires, tout en préservant l'autonomie des résidents.

9.7.4 Evaluer et prendre en compte les déficiences sensorielles

Les fonctions sensorielles sont évaluées à l'arrivée du résident. Les déficiences gustatives, auditives, visuelles, olfactives et tactiles sont identifiées au cours du séjour (échanges avec la personne et/ou ses proches, animations thématiques). Dès lors que des repérages font l'objet d'un signalement par un ou plusieurs membres de l'équipe, l'analyse des signes repérés est partagée (échanges et partage d'informations avec la personne, son entourage, équipe, partenaires extérieurs).

Les personnes accueillies et leurs proches sont informés des aides, notamment financières, dont ils peuvent disposer pour compenser le handicap sensoriel lorsque celui-ci nécessite un appareillage spécifique.

Les aidants sont sensibilisés aux déficiences sensorielles et sont encouragés à informer les professionnels de l'EHPAD de tout changement observé chez la personne. Un opticien intervient régulièrement au sein de l'EHPAD, il réalise un bilan de l'acuité visuelle sur demande.

La prise en charge des résidents est adaptée à leur problématique.

L'utilisation des différents outils sensorielles est privilégié pour les résidents porteurs de troubles sensorielles : Salles Snoezelen, balnéothérapie, Tovertafel, borne Mélo, tableau d'activités.

Le toucher est privilégié avec le contact humain et les caresses données au chat de l'EHPAD.

Le toucher lors de soins est aussi très important pour des résidents qui ont peu de contact physique avec d'autres personnes, surtout depuis le Covid.

Objectif : Accompagner les troubles sensorielles
Actions :
Prendre en compte les déficits sensorielles dans les menus des repas, l'adaptation doit être privilégié surtout pour les résidents mangeant dans les petits salons.
Réaliser des formations spécifiques au personnel sur ces troubles.
Mettre en place des menus sur les tables des petits salons le midi.

9.7.5 La prévention des escarres

La prévention du risque d'escarre est mise en œuvre au sein de la fondation de Grammont :

- Réalisation de l'échelle de Braden tous les ans et plus si le résident présent un risque d'escarres.
- Effleurages réguliers
- Mise en place de matelas à air dès que le risque d'escarre est présent
- Pour les personnes alitées, des changements de position sont réalisés plusieurs fois par jour.
- Mise en décharge des points de pression
- Mise en place d'une alimentation hyperprotéinée en cas de risque d'escarre ou d'escarre déjà présent.
- Développer l'appétence

L'établissement dispose du matériel et des matelas adaptés (matelas à air préventif et curatif).

L'établissement a défini une politique de prise en charge des escarres. Il a mis en place des outils permettant d'identifier les personnes à risque. Le personnel soignant a été formé à la prévention et à la prise en charge des escarres, en particulier chez les personnes à risque. Le risque d'escarre est systématiquement évalué dans la semaine qui suit l'arrivée du résident.

Des échelles de Braden sont réalisées à l'entrée, tous les ans et dès que l'état s'altère par les infirmières. Le personnel de soins s'assure avec le médecin traitant et le médecin coordinateur de la prévention et de la prise en charge des escarres, en particulier chez les personnes à risque.

Objectif : Limiter le risque d'escarres
Actions :
Améliorer la réalisation des changements de position et des décharges
Formation des aides-soignants et ASH soins, à réaliser, pour améliorer la prise en charge des personnes porteuse d'escarre.

9.8 La prise en charge de l'incontinence

La prévention de l'incontinence est privilégiée :

- Les soignants accompagnent les résidents aux toilettes.
- L'incontinence fait l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge personnalisée.

Les soignants sont formés à la prise en charge de l'incontinence et à l'utilisation des protections. Le niveau d'incontinence du résident est systématiquement évalué tous les mois.

L'utilisation de culottes antifuites permet de repousser la mise en place de l'incontinence et maintenir la dignité de la personne accueillie.

Le personnel de soins s'assure avec le médecin traitant du maintien de la continence ou de la prise en charge de l'incontinence du résident. Les résidents sont accompagnés aux toilettes plusieurs fois par jour.

Une évaluation est réalisée par les infirmières pour vérifier si la perte de continence est dû à pathologie sous-jacente : Infection urinaire par exemple.

Objectif : Améliorer et harmoniser la prise en charge de l'incontinence
Actions :
Elaborer un protocole sur la prise en charge de l'incontinence
Se former aux nouvelles technologies de prise en charge de l'incontinence.

9.9 Le circuit du médicament et le risque iatrogène

Le médecin coordonnateur et les médecins traitants s'inscrivent dans la prévention du risque iatrogène :

- Le circuit du médicament a été protocolisé en 2024.
- Le protocole sur le circuit a été élaboré pour donner suite à une modification de l'organisation de travail : passage des infirmières en 11h de travail, préparation des traitements par les pharmacies.
- Un contrôle systématique des médicaments est réalisé par l'IDE, à la livraison par les pharmacies ;
- En règle générale, l'aide à la prise du traitement est faite par l'IDE le matin, le midi et le soir. Il est aidé parfois par les AS au moment de la distribution des petits déjeuners, le matin.
- Une surveillance particulière de la prise des traitements est assurée pour les résidents qui risqueraient de ne pas prendre les traitements.
- Le circuit du médicament est informatisé à chacune des étapes, de la préparation à la pharmacie jusqu'à la prise par le résident.

- La pharmacie est dotée du même logiciel de soins que la Fondation de Grammont.
- Le traitement de chaque résident est évalué à son entrée ainsi qu'à chaque renouvellement.
- Le logiciel de soins est mis en place et permet aux médecins traitants de se connecter à distance et de réaliser des prescriptions ou noter des observations dans les dossiers des résidents.

En juin 2023, la décision d'externaliser le circuit du médicament a été actée. L'externalisation a été effective en octobre 2023.

L'établissement travaille avec les deux pharmacies du bourg, utilisant le système Distrimédic :

- Préparation des doses à administrer dans un pilulier breveté,
- Inscription sur l'opercule de toutes les informations permettant une sécurisation maximale de la prise des médicaments : nom du résident, nom des médicaments, date et heure de prises, etc.
- Un code couleur permet aussi une sécurisation optimale.

Commentaires : Grâce à cette sécurisation qui semble optimale, les erreurs de dispensation sont minimales.

Les événements iatrogènes sont déclarés sur la plateforme de signalement de l'ARS.

9.9.1 Manager le circuit du médicament

La règle des 5 B est rappelé régulièrement aux salariées :

- Bon médicament
- Bonne dose
- Bonne voie d'administration
- Bon patient
- Bon moment

Un protocole sur les différentes étapes du circuit du médicament est élaboré dans le respect des bonnes pratiques.

Les médicaments sont préparés par la pharmacie et livrés sous forme de PDA (préparation des doses à administrer).

La pharmacie réalise un contrôle des ordonnances lors de la préparation des traitements. Le médecin coordonnateur applique une politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

La politique de l'établissement est de réduire la sur-médication des personnes accompagnées.

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée et discutée entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

Les ordonnances sont informatisées par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur.

Les rares erreurs médicamenteuses sont signalées par les soignants et analysées.

Une fiche d'évènement indésirable est à renseigner pour chaque erreur constatée (pilulier, etc....).

9.9.2 Gérer le circuit du médicament

La continuité du traitement est organisée, de l'admission jusqu'à la fin du séjour. Une convention est signée avec les pharmacies. Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies (livraison nominative respectant la chaîne du froid et la traçabilité...).

Des alternatives thérapeutiques, galéniques ou non médicamenteuses sont recherchées pour éviter d'écraser les comprimés : la liste des médicaments écrasables est élaborée et remise à voir tous les ans par l'infirmière qualité.

Les piluliers sont clairement identifiés (nom, prénom, date de naissance...). Il n'y a pas de retranscription des traitements.

Les infirmières réalisent la traçabilité de la vérification et de la distribution des traitements sur le logiciel de soins.

Objectif : Sécuriser le circuit du médicament
Actions :
Réaliser un audit annuel sur le circuit du médicament
Actualiser le protocole à la suite de l'audit réalisé
Elaborer un plan d'actions d'amélioration à la suite de l'audit annuel
Objectif : Sécuriser les modalités de distribution des traitements
Actions :
Faire prescrire au médecin traitant l'écrasement des traitements

9.10 La prise en charge de la douleur

Les infirmières aidées des aides-soignants procèdent, tous les mois, à l'évaluation systématique de la douleur pour l'ensemble des résidents, qu'ils soient algiques ou non. L'objectif premier étant de prévenir la survenance de la douleur.

La douleur est réévaluée si nécessaire.

Le protocole douleur pour l'administration d'anti-douleurs en si besoin, est connu et appliqué par les soignants. Il s'agit d'un protocole d'administration d'antalgique auquel les IDE et les AS de nuit se réfèrent s'il n'y a pas de prescription d'antalgique spécifique faite par le médecin traitant ou le médecin coordinateur. Il a été remis à jour en 2024.

L'utilisation de techniques non médicamenteuses est privilégiée : poches de glace, arnica gel.

L'établissement a défini une politique de prise en charge de la douleur de la personne accueillie et la met en œuvre.

Le personnel a comme directive de signaler l'expression douloureuse des résidents aux infirmières et d'objectiver la douleur par des échelles adaptées. Suivant les protocoles existants, les IDE mettent en place rapidement un antalgique et font le relais auprès du médecin coordonnateur qui s'assure que les antalgiques sont adaptés. Dans le cas d'une souffrance morale associée, le médecin coordonnateur demande l'avis de la psychologue.

Le personnel de soins s'assure avec le médecin traitant du soulagement de la douleur. Après la mise en place du traitement, il est demandé ensuite aux soignants de continuer à réaliser des échelles de douleurs en vue d'une réévaluation éventuelle du traitement. Ces échelles permettent d'avoir des données objectives à montrer aux médecins traitants. L'objectif de l'établissement est d'éviter toute douleur lorsque c'est possible.

Les soignants ont été formés à l'utilisation des échelles de la douleur par le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice.

Une formation interne sur l'évaluation, le traitement et la réévaluation de la douleur a été renouveler auprès des soignants en 2024. Les soignants relèvent les signes de douleur mais les échelles de la douleur ne sont pas réalisées de façon systématique.

Objectif : Améliorer l'évaluation et le traitement de la douleur
Action :
Réaliser régulièrement des formations internes sur l'utilisation des échelles de douleur

9.11 La prise en charge de la souffrance psychologique

La souffrance psychologique est repérée, évaluée et accompagnée par différents moyens :

- La présence d'une psychologue permet une écoute professionnelle des résidents et des proches.
- Des entretiens individuels sont réalisés.
- Les formations sur la bientraitance contribuent également au bien-être des résidents et à la satisfaction des professionnels qui les accompagnent.
- Les signes de dépression sont évalués et une vigilance accrue est apportée.
- Les soignants apportent une écoute active tout au long des soins et en dehors et signalent toute problématique.

Par ailleurs, un accompagnement non médicamenteux est mis en œuvre :

- Les espaces Snoezelen et la balnéothérapie offrent une palette de stimuli sensoriels selon les besoins de la personne et procurant apaisement et plaisir
- L'animation permet de favoriser le lien social et l'estime de soi.

9.12 L'accompagnement de fin de vie

L'article 9 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie issue de l'arrêté du 08 septembre 2003 précise que *les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.*

Les dispositions extraites de la loi Léonetti garantissent de leur côté le respect et la dignité de la personne en fin de vie, confirment le droit aux soins palliatifs proclamé dès 1999, prohibent euthanasie et obstination déraisonnable et permettent le *laisser mourir*. En outre, les décrets d'application mettent en œuvre les directives anticipées et la collégialité des décisions.

Le droit à l'accès aux soins palliatifs, le droit de s'opposer à toute investigation thérapeutique et le rôle du bénévole sont garantis par **la loi 99-477 du 9 juin 1999**.

La loi Léonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005 est relative à :

- L'accompagnement de fin de vie,

- La lutte contre l'obstination déraisonnable,
- Les directives anticipées et la personne de confiance.

9.12.1 L'accompagnement des résidents en fin de vie

Les professionnels de l'établissement considèrent le temps de la fin de vie comme un temps particulier mais qui s'inscrit dans la continuité de l'accompagnement conduit jusqu'ici.

Les modalités d'accompagnement des personnes accueillies en fin de vie sont définies :

La psychologue de l'EHPAD apporte soutien et leur expertise dans les situations de fin de vie.

L'établissement fait appel en cas de besoin, aux équipes mobiles et aux personnes ressources :

- L'hospitalisation à domicile
- L'équipe mobile de soins palliatifs

Le respect du confort, du libre arbitre et de la dignité du résident en fin de vie font partie d'une réflexion quotidienne.

A l'admission, les résidents reçoivent des documents sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, sur leur droit d'établir des directives anticipées et sur la possibilité de désigner une personne de confiance. La recherche de volontés des directives anticipées sont demandées dès la préadmission pour sécuriser le passage en fin de vie du résident.

Les informations communiquées par la personne accueillie au sujet de la personne de confiance apparaissent dans le DLU (dossier de liaison d'urgence).

La douleur physique et psychique est évaluée, traitée et tracée au moyen des échelles de la douleur. Une évaluation et un suivi de l'état psychique du résident sont réalisés et un accompagnement psychologique est mis en place par les psychologues. Toutes les communications et les informations communiquées aux familles sont notées dans le logiciel de soins. Le médecin coordonnateur prend l'avis du médecin traitant et l'avis de la famille.

La qualité de l'accompagnement du résident fait l'objet de réunions de synthèse en équipe pluridisciplinaire. La continuité des soins est effective. La famille est associée à la décision en phase terminale.

L'environnement et l'organisation des soins sont adaptés aux besoins du sommeil du résident en fin de vie. La prévention des troubles cutanés liés à l'immobilité est effective au travers de mobilisations passives régulières. L'état buccal est préservé, des soins pluriquotidiens sont mis en œuvre. L'alimentation, l'hydratation font l'objet d'une adaptation en fonction de la phase dans laquelle évolue le résident. Les symptômes invalidants tels que la toux, les dyspnées, les nausées, les troubles du transit, l'incontinence, etc. sont traités ou soulagés.

Des adaptations d'organisation et d'accompagnement lors de la phase terminale sont mises en œuvre : les familles sont invitées à rester dormir (un fauteuil est mis à leur disposition), les soignants de jour et de nuit réalisent plus de passage auprès du résident.

Objectif : Améliorer la prise en charge en fin de vie
Actions :
Reprise de l'analyse de la pratique professionnelle
Formation de tous les professionnels à l'accompagnement de fin de vie.
Aménager un lieu pour les familles afin de les héberger au sein de la structure.

9.12.2 La formation et l'accompagnement des professionnels

Des formations ciblées sur l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie sont accessibles aux professionnels et renouvelées en 2025. Ils sont soutenus dans leur démarche d'accompagnement des résidents et dans la période après décès notamment par la psychologue de l'établissement et le médecin coordonnateur.

9.12.3 La place des familles lors de la fin de vie

L'entourage est informé des souhaits de la personne. Un soutien moral et un accompagnement sont proposés au résident et à son entourage par la psychologue et les soignants.

L'organisation pour l'accueil des proches est adaptée afin de permettre leur présence à tout moment auprès des résidents en fin de vie (accueil de nuit, collation...). Les souhaits de la personne et de sa famille sont respectés.

La phase de deuil et son accompagnement sont abordés autant que possible avec les proches, la famille et l'équipe médico-soignante. Les familles sont consultées quant au confort physique ou psychique de leur parent en fin de vie. La famille est consultée quant au désir de certains professionnels ou résidents souhaitant assister aux obsèques. Une chapelle est située dans l'enceinte de l'EHPAD. Les obsèques peuvent avoir lieu dans la chapelle, des résidents assistent aux obsèques.

L'état de santé du résident est communiqué en continu aux familles.

Les soignants se rendent beaucoup plus disponible pour les familles dont le proche est en fin de vie et leur apportent un soutien ainsi qu'une écoute active.

9.12.4 Le respect des besoins spirituels lors de la fin de vie

Les souhaits relevant de la spiritualité et/ou croyances du résident sont respectés autant que possible. En l'absence d'expression du résident à l'admission, ou au cours de sa vie dans l'établissement, les besoins des proches ou de la famille sont respectés : ces informations sont connues et respectées par les soignants.

Il est possible aux personnes qui le souhaitent d'avoir les derniers sacrements.

Les dernières volontés religieuses sont inscrites dans le projet personnalisé.

9.12.5 Accompagner la phase terminale

La famille est informée du décès dans les plus brefs délais, et cette information est tracée dans le dossier du résident.

Les soignants réalisent des soins de confort dans les derniers moments de la vie.

L'équipe soignant accompagne la famille dans le deuil avec bienveillance, humanité et bienveillance.

Objectif : Améliorer l'appropriation de la réglementation relative à la fin de vie.
Actions :
Programmer des formations internes sur la réglementation relative à la fin de vie
Objectif : Formaliser l'accompagnement de la fin de vie
Actions :
Actualiser la procédure relative à la fin de vie.
Continuer d'expliquer au futur résident le rôle de la personne de confiance et l'importance de rédiger des directives anticipées.

Partie 4 : La technique

Chapitre 10 : Projet social
d'accompagnement des salariés

Chapitre 11 : Projet logistique,
architectural et environnemental

Chapitre 12 : Projet de gestion des
systèmes d'information

Chapitre 13 : Projet de gestion de la
Qualité

Chapitre 14 : Déploiement du projet
d'établissement

Chapitre 10 : projet social d'accompagnement des salariés

10.1 Place du projet social dans le projet d'établissement

Le projet social fait partie intégrante du projet d'établissement. En effet, les engagements pris au niveau du projet de vie et du projet d'accompagnement et de soins seront d'autant mieux mis en œuvre que les professionnels bénéficieront de conditions de travail et d'une qualité de vie au travail qui leur permettront d'exprimer pleinement leurs compétences.

Il repose sur quatre axes prioritaires :

- La qualité de l'intégration des nouveaux professionnels
- L'amélioration de la qualité de vie au travail
- La formation professionnelle continue
- Un management bienveillant qui favorise l'association des professionnels aux différents projets de l'établissement.

10.2 Place du projet social dans la gestion de l'établissement

Le projet social doit servir de point d'appui à la gestion des ressources humaines et doit tout particulièrement servir de point d'appui à la gestion prévisionnelle des emplois (ou métiers) et des compétences -GPEC.

La GPEC vise à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement en matière d'effectifs et de compétences, en fonction de son plan stratégique en impliquant l'agent dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle.

La GPEC est donc une stratégie pour l'entreprise (au sens large du terme) visant à s'adapter à son environnement, tout en impliquant ses salariés dans ces changements.

La GPEC englobe ainsi quatre domaines :

- La gestion prévisionnelle des effectifs correspondant aux méthodes qui s'intéressent aux aspects collectifs et quantitatifs de l'évolution d'une population de salariés ;
- La gestion prévisionnelle des compétences correspondant aux méthodes relatives à l'évolution et au développement des capacités individuelles réparties dans une population donnée. Elle se préoccupe de l'aspect qualitatif du travail que le salarié apporte à son entreprise.
- La gestion prévisionnelle des emplois correspondant aux méthodes qui permettent d'identifier l'évolution ou les changements dans les contenus et la structure des métiers, des qualifications et des emplois.
- La gestion prévisionnelle des carrières correspondant aux méthodes qui permettent l'identification de parcours indicatifs de carrières aux salariés de l'entreprise.

10.3 Les objectifs du projet social d'accompagnement des salariés

10.3.1 Formation, qualification et promotion professionnelles

10.3.1.1 Formation professionnelle continue

Un plan de formation continue est établi chaque année sur la base des souhaits exprimés par le personnel au cours des entretiens professionnels en privilégiant les formations obligatoires et les formations qualifiantes.

Objectif : Développer les compétences des professionnels
Action :
Continuer de former les professionnels

10.3.1.2 Qualification et promotion professionnelles

L'établissement accompagne des professionnels vers une qualification professionnelle, par le recours à des dispositifs tels que : les transitions professionnelles, les apprentissages, les alternances, les VAE.

En 2023-2024 :

- 1 contrat d'apprentissage aide-soignant a été réalisé.
- Professionnalisation pour un agent de soins qui s'est formé au métier d'aide-soignante.
- 1 VAE est en cours de validation.

En 2025, une nouvelle professionnelle rentrera en formation diplômante aide-soignante.

10.3.2.3 Actions de formation obligatoires

L'EHPAD s'acquitte de ses obligations en matière de formations imposées par la réglementation :

- Deux sessions de formation incendie chaque année, initiale ou de recyclage et financées hors plan de formation continue ;
- Formation AFGSU attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, tous les professionnels seront à jour fin 2026 ;
- Habilitation électrique réalisé début 2024 ;
- HACCP pour la cuisine ; formation qui est financée en dehors du plan de formation continue, refait en 2024 ;
- Formation SST (Sauveteur Secouriste du Travail) recyclage en 2024.

10.3.2.4 Procédure de recrutement

Les besoins en compétences et les effectifs sont identifiés par secteur d'activité (fiche de poste).

L'établissement vérifie la formation professionnelle du personnel avant le recrutement. Les entretiens de recrutement des postes soignants sont effectués par la cadre de santé ainsi que les entretiens de recrutement des postes d'agents d'hébergement.

Les entretiens préalables à l'embauche sont effectués par le directeur.

L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre : des entretiens annuels sont réalisés chaque année.

10.3.2.5 Processus d'intégration

La bonne intégration des nouveaux salariés est nécessaire pour apporter un accompagnement de qualité aux personnes accueillies.

Elle se traduit par :

- La vérification que le nouveau salarié trouve sa place dans l'équipe et au sein du service
- Il a une bonne relation de travail avec les collègues et résidents ;
- Il adhère aux valeurs de l'établissement ;
- Il montre son envie de s'investir ;
- Il démontre ses capacités techniques.

Les professionnels avec lesquels le nouveau salarié va travailler lui sont présentés et une visite de l'établissement est effectuée.

La personne bénéficie d'un temps de doublure de trois à quatre journées avec un salarié plus ancien : infirmières -IDE, aides-soignantes –AS et agents d'hébergement. Ce temps permet au salarié de prendre connaissance des habitudes de vie des personnes accueillies et des fonctionnalités de l'EHPAD.

Concernant les stagiaires, un bilan de fin de stage est établi. Pour les élèves IDE, AS, AMP et les lycéens en bac professionnel, un bilan de mi-stage est réalisé.

Un livret sur les « mémos de l'EHPAD » contenant les bonnes pratiques de bases au sein de l'EHPAD est donné aux nouveaux salariés pour assurer la bonne prise en charge des personnes accueillies.

Un livret d'accueil d'un stagiaire est réalisé et donné aux différentes écoles pour une meilleure intégration du stagiaire à son arrivée.

Un bilan est réalisé afin d'évaluer le degré d'intégration du nouveau salarié et évaluer ses compétences mais ce bilan n'est pas formalisé.

La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau salarié est à finaliser.

Les codes horaires et codes d'accès du salarié sur le logiciel de soin sont communiqués dès son premier jour de travail.

Objectif : Améliorer l'accueil et l'intégration des professionnels
Actions :
Formaliser la procédure d'accueil
Formaliser le bilan réalisé avant la fin de la période d'essai

10.3.2 Conditions de travail des salariés

La direction de l'EHPAD veille aux bonnes conditions de travail des professionnels :

- Le document unique d'évaluation des risques professionnels –DUERP est formalisé et actualisé chaque année.
- Des protocoles sur l'hygiène professionnelle (lavage des mains, circuits propres et sales...) et sur les conduites à tenir en cas d'accident d'exposition au sang sont élaborés et ont été remis à jour en 2024.
- Les risques professionnels sont évalués par le CSE.
- Il est demandé à chaque salarié victime d'un accident du travail de renseigner une fiche circonstanciée qui est analysée afin de comprendre les causes et prévenir les répétitions ; Une analyse des accidents du travail est à réaliser.

- Les salariés disposent de matériels adaptés, de formations et d'une bonne ergonomie des postes de travail ;
- La psychologue et l'encadrement sont à l'écoute des salariés qui spontanément peuvent demander un rendez-vous et exprimer leur ressenti
- Un référent harcèlement au sein du CSE est désigné.
- La satisfaction du personnel est évaluée au moyen d'une enquête annuelle. L'analyse des réponses est réalisée, un plan d'actions est formalisé à l'issue de l'analyse. Il est présenté au personnel lors de la réunion annuelle.

10.3.3 Organisation du travail des salariés

L'organisation du travail est formalisée :

- Les plannings sont de 4 ou 5 semaines selon les périodes de l'année.
- L'infirmière coordinatrice élabore les plannings par période (de juin à octobre puis de novembre à mai) après la pause et la validation des congés annuels.
- Les déroulements des postes de journée et de nuit sont formalisés par service et par fonction.

Les procédures de continuité de l'activité en cas d'absence non programmée sont formalisées. Les fiches de poste ont été actualisées et diffusées en 2022 et 2024.

10.3.4 Expression des salariés

Le mode managérial de l'établissement repose sur la communication et le dialogue internes. Dans cet esprit, les salariés de l'établissement disposent de plusieurs canaux d'expression :

- Réunions du CSE –et permanence deux fois par mois du bureau du CSE ;
- Conseil de la vie sociale –CVS deux fois par an ;
- Réunions de service toutes les 4 semaines ;
- Réunions de synthèse toutes les semaines ;
- Rendez-vous individuels avec la direction et l'encadrement ;
- Passage régulier de l'IDEC dans les services ;
- Messagerie électronique sur le logiciel de soins à disposition de tous les salariés ;
- Fiche d'évènement indésirable
- Entretien annuel

Chapitre 11 : projet logistique, architecturale et environnemental

11.1 Place du projet logistique, architecturale et environnemental

Le projet logistique, architectural et environnemental intervient, comme le projet social, en déclinaison technique des aspects stratégiques et fondamentaux définis dans les chapitres précédents.

11.2 Réalités et perspectives logistiques, architecturales et environnementales

11.2.1 Programme architectural

C'est à noter que l'établissement offre un cadre de vie très agréable et adaptée aux personnes accueillies. Il bénéficie d'un grand parc et d'une belle terrasse ombragée.

Un projet d'envergure est en réflexion pour mettre en conformité certaines parties de l'EHPAD mais surtout pour rendre certaines chambres plus confortables. En outre le pavillon entier Tilleuls est à reconstruire.

Des travaux importants d'aménagement et de rénovation de l'unité de vie protégée sont aussi envisagés sur les prochaines années afin de la rendre plus adaptée aux résidents atteints de troubles de la déambulation.

Objectif : Améliorer l'hébergement des résidents accueillis
Action :
Mettre en place un projet architectural viable et encore mieux adapté au bien-être des résidents.

11.2.2 Prestations Restauration

La prestation restauration est sous-traitée dans les locaux de l'EHPAD par API Restauration. Les repas sont confectionnés sur place.

L'achat des matières premières est géré par le prestataire de restauration. Il favorise l'achat de produits régionaux.

La majorité des plats, y compris la pâtisserie, est élaborée sur place.

Les cuisiniers sont formés régulièrement à la sécurité et à l'hygiène en restauration. Les menus sont validés par une diététicienne.

Une commission des menus est organisée chaque trimestre afin de prendre en compte les souhaits et remarques des personnes accueillies.

Les représentants des résidents recueillent les souhaits des autres résidents avant la réunion de la commission.

Les aversions des résidents sont connues et respectées, un plat de remplacement est proposé au résident lorsqu'il ne souhaite pas le plat du jour.

Pour adapter les textures aux capacités de certains résidents et respecter leur régime, le plat du jour est mixé et reconstitué pour garder un aspect esthétique et appétissant. Malgré l'effort des cuisines, il reste encore à travailler sur ce sujet car les résidents se plaignent du goût ainsi que du visuel des plats mixés.

Les régimes font l'objet d'une prescription et d'un suivi médical. Un tableau comprenant la texture des plats pour chaque résident et les éventuels régimes à respecter est à disposition des cuisines, du personnel hôtelier et des soignants.

Des actions sont mises en place pour prévenir et traiter le risque de dénutrition : des soupes et des desserts hyper protéinés sont confectionnés par les cuisines.

Une salle à manger spacieuse et conviviale est aménagée.

Des ASH Hébergement servent les repas dans la salle à manger ainsi les AS et ASH Soins s'occupent de distribuer les repas dans les petits salons. Le midi, les résidents ayant besoin d'aide au repas restent dans les petits salons.

Un espace privatif est aménagé pour les résidents qui déjeunent avec leurs proches, dans la salle d'animation.

En cas de besoin constaté, l'ergothérapeute adapte le matériel (couverts, vaisselle adaptée, tables à hauteur variable, chaise adaptée) tout en conservant un aspect hôtelier.

Le petit-déjeuner et le soir, les résidents mangent dans les petits salons de chaque service ou en chambre s'ils le souhaitent.

Conformément à la réglementation, la température des plats est prise à la sortie des cuisines et est prise par les soignants pour les plateaux qui sont montés dans les services.

Objectif : Améliorer la qualité des repas
Action :
Améliorer la qualité et la diversité des plats mixés par la formation du personnel.

11.2.3 Prestation lingerie

L'établissement prend en charge le linge personnel des résidents, le linge est lavé sur place par un prestataire extérieur (ADAPEI 70). Il existe un système d'identification du linge personnel des résidents.

L'entretien du grand plat (draps) est sous-traité à un prestataire extérieur (ADAPEI 70).

La gestion du linge est réalisée dans le respect des bonnes pratiques d'hygiène.

La méthode RABC est mise en œuvre : séparation des circuits du linge propre/sale, plan de nettoyage et désinfection du matériel et des locaux, tenue spécifique pour les lingères dans chaque zone.

Le protocole sur le circuit du linge est élaboré et remis à jour 2023.

La réception et le rangement du linge des résidents se fait par les soignants dans leurs services respectifs.

11.2.4 Prestation Hygiène des locaux communs et locaux privatifs

Il existe un plan de nettoyage et de désinfection pour les locaux communs et les espaces privatifs (chambres des résidents).

Le pôle hébergement composé d'Agents d'hébergement réalise le nettoyage des locaux communs et individuels de tout l'établissement (couloirs, salles à manger, bureaux, WC, salon de coiffure, l'accueil, escaliers, ascenseurs...).

Le pôle hébergement gère la réception et le rangement dans le lieu de stockage des draps.

Le réassort des draps se fait par les soignantes dans leurs services respectives.

Les soignantes sont chargées du réassort des dotations alimentaires des services (épicerie sèche pour goûters et petits-déjeuners) toutes les semaines.

Les ASH Hébergements doivent fournir des produits d'entretien dès que nécessaire dans chaque service.

Une traçabilité des actes d'intendance est formalisée dans le logiciel de soins.

Une évaluation des modalités d'application du nettoyage par chaque ASH est réalisée chaque année par l'infirmière coordinatrice.

Un compte rendu de l'évaluation est formalisé. Une deuxième évaluation est programmée si des écarts avec les bonnes pratiques en hygiène sont constatés.

La procédure relative aux modalités d'entretien des locaux est formalisée. Elle est à remettre au nouveau salarié.

Objectif : Objectif à 5 ans : Améliorer la fréquence de nettoyage des chambres
Action :
Tendre vers un nettoyage plus régulier des chambres

11.2.5 Développement durable

L'établissement a initié une démarche de développement durable en dématérialisant progressivement un certain nombre de documents papier, en faisant des photocopies en mode recto-verso...

Par ailleurs, l'établissement organise le traitement spécifique de certains déchets

- Déchets d'activités de soins à risque infectieux –DASRI ;
- Piles ;
- Cartouches d'imprimante ;
- Huiles alimentaires (bacs à graisse).
- Tri des déchets
- Le tri du papier et des cartons est également réalisé dans les bureaux et dans les services.
- La dématérialisation des supports est encouragée : rapports, comptes rendus de réunion. L'impression des documents est maîtrisée.

La maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est prise en compte par l'établissement. Un contrat de gestion de l'énergie et des chaufferies de l'établissement a été signé avec l'engagement de réaliser des économies d'énergie et d'automatisation de la régulation des températures dans les différents bâtiments.

La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable. Le service restauration travaille avec les producteurs locaux lorsque cela est possible.

La Fondation de Grammont travaille avec des artisans locaux pour la réalisation de travaux pour diminuer l'impact écologique en plus d'un besoin éthique de faire travailler des partenaires locaux.

OBJECTIF : Poursuivre la démarche éco-responsable dans tous les domaines d'activité
Actions :
Développer la démarche éco-responsable dans tous les domaines d'activité
Sensibiliser les professionnels à la démarche.
Diminuer les dépenses d'énergie

Chapitre 12 : projet de gestion des systèmes d'information

12.1 Place du projet de gestion des systèmes d'information

Le projet de gestion des systèmes d'information s'intéresse aux moyens de communication, d'échange et de production d'information entre les professionnels intervenant directement ou indirectement dans l'établissement et auprès des résidents qu'il s'agisse des professionnels salariés, libéraux ou extérieurs.

Un système d'information performant apporte une garantie supplémentaire à la cohérence et qualité des prises en soin et accompagnement grâce à la bonne coordination des intervenants. Il permet également une traçabilité et une fiabilité des données recueillies.

12.2 Réalités et perspectives en matière de gestion des systèmes d'information

12.2.1 Supports d'informations personnelles

Les informations à caractère personnel des personnes accueillies sont partagées entre les professionnels afin d'assurer la continuité et la qualité des soins dans le respect des règles de confidentialité en vigueur.

Différents logiciels informatiques sont utilisés pour stockés les données concernant les résidents et l'organisation administrative et financière de l'établissement :

- LOGICIEL DE SOINS Belger levrault résidents
- APICRYPT concernant la transmission sécurisée des résultats d'analyses biologique par les cabinets extérieurs ;
- COMPT'OR (Berger Levraut)
- Belger levrault planning
- Messagerie Outlook
- AGEVAL (logiciel qualité)

12.2.2 La gestion documentaire

L'établissement a formalisé sa gestion documentaire. Les professionnels ont accès aux documents nécessaires à la réalisation de leur activité.

Tous les documents en lien avec l'activité sont mis en réseau.

Le système de mise à jour des documents est opérationnel. Chaque professionnel dispose d'un droit d'accès au réseau en lien avec son domaine de compétence.

12.2.3 Supports d'informations pour les salariés, pour les résidents et leurs proches

L'établissement a construit et formalisé son système d'information. Le système d'information facilite l'accès des professionnels en temps utile à des informations à jour.

Le logiciel qualité AGEVAL est mis en place.

Des supports d'informations générales (site internet, réseau sociaux, affichages, etc. ...) sont mis en place pour les personnes accueillies et leurs proches afin de communiquer des éléments d'informations générales sur l'établissement ainsi que des informations sur la vie quotidienne de l'EHPAD (dates des festivités, photos des animations, etc...)

12.2.4 La sécurisation des informations

La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

Un prestataire informatique assure la sécurité des données. En cas de panne le prestataire s'engage à intervenir dans les meilleurs délais.

Objectif : Respecter la réglementation relative à la gestion documentaire et sécuriser les données
Action :
Mettre à jour la RGPD en fonction des nouvelles réglementations à venir

Chapitre 13 : projet de gestion de la qualité

13.1 Place du projet de gestion de la qualité

Le projet de gestion de la qualité porté par le projet d'établissement prolonge la démarche d'évaluation interne réalisée en 2021.

La fondation de Grammont s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité au bénéfice des personnes accueillies, 24 procédures ont été remises à jour ou créées en 2023-2024.

Une infirmière qualité a été nommée pour rédiger les procédures mais aussi pour diffuser ces procédures. Elle s'assure aussi, avec l'IDEC, que tous les salariés ont compris et assimilé ces procédures.

L'IDEC réalise des mobilisations de savoir sur les procédures à chaque réunion de service.

13.2 La démarche d'amélioration continue de la qualité

13.2.1 Les évaluations internes et externes

Comme cela a été indiqué précédemment, l'établissement est soumis à l'évaluation de ses prestations au moyen d'une évaluation interne tous les 5 ans et d'une évaluation externe tous les 7 ans.

Ces évaluations permettent à l'établissement de s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Tous les axes d'amélioration définis sont intégrés au plan d'amélioration de la qualité.

Les échéances de la démarche qualité sont les suivantes :

- La prochaine évaluation interne aura lieu 2026 ;
- La signature d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens –CPOM programmé pour fin de l'année 2025.
- La prochaine évaluation externe aura lieu en 2027.

Les modalités de suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité (fréquence de l'actualisation du plan d'actions...) sont à formaliser.

OBJECTIF : Mettre en œuvre la gestion des risques et l'amélioration de la qualité
Action :
Formaliser les modalités de suivi de la démarche qualité dans Ageval

13.2.2 Le management de la qualité et la gestion des risques

Une veille réglementaire et normative est réalisée par la direction et les membres de l'encadrement. L'établissement met en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires.

Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.

Les plans d'urgence sont établis. Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnels. Un ou plusieurs tests ont été réalisés pour simuler l'apparition d'une situation de crise.

Des parties de ce programme de gestion des risques sont formalisées :

- Le plan bleu est élaboré et actualisé chaque année
- Le registre de sécurité est en format papier et aussi dématérialisé : les constats et les rapports des prestataires sont enregistrés informatiquement.

Objectif : Améliorer la gestion des risques
Action :
Un carnet sanitaire est à mettre à jour
Un programme de sécurisation d'établissement est à mettre à jour

13.2.3 Maitriser le risque infectieux

Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont élaborés :

- Lavage des mains des résidents ou des professionnels,
- Accidents d'exposition au sang,
- Élimination des déchets,
- Hygiène des locaux,
- Conduites à tenir en cas de prélèvement légionelles positif.

Les professionnels connaissent les procédures d'information des autorités sanitaires en cas d'infection (MISP).

Le circuit d'élimination des DASRI (déchets d'activités de soins à risques infectieux) est conforme à la réglementation et connu des professionnels.

Le protocole sur le circuit des DASRI est élaboré, il a été actualisé en 2023.

Les professionnels sont attentifs aux infections et savent comment et qui informer en cas de risque avéré.

Un lien est établi entre les professionnels et le médecin coordonnateur pour la transmission d'informations relatives aux risques infectieux, et aux autres risques de santé (dispositif réglementaire, communication des tutelles...).

Le médecin coordonnateur est formé aux bonnes pratiques en hygiène.

Le DARI (Document d'analyse des risques infectieux) est à renseigner. Le plan d'actions est à élaborer à la suite du DARI. Un protocole relatif à l'isolement des résidents en cas de BMR est élaboré.

Ils seront présentés aux professionnels avant diffusion afin de devenir un outil de référence en vue d'harmoniser les pratiques et maitriser le risque infectieux.

Objectif : Améliorer la maîtrise du risque infectieux
Actions :
Renseigner le DARI
Elaborer un plan d'actions à la suite de la réalisation du DARI
Nommer un référent
Programmer des formations sur le risque infectieux

13.2.4 La gestion des événements indésirables et dysfonctionnements

Une organisation est mise en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

La gestion des dysfonctionnements internes et des réclamations externes est organisée (procédure formalisée, responsabilités définies).

Les salariés remplissent les éventuels événements indésirables sur le logiciel Ageval pour tout dysfonctionnement.

L'IDEC est formée à l'analyse et le suivi des événements indésirables.

Des CREX (comité d'analyse des événements indésirables) sont organisés 3 à 4 fois par an pour l'analyse d'événements spécifiques.

Une fiche d'évènement indésirable (FEI) papier est renseignée par les professionnels en cas de dysfonctionnement l'Ageval.

Les familles formulent leur réclamation par mail au directeur ou sur la fiche d'évènement indésirable.

Les FEI sont analysées en réunion de comité de direction (CODIR). Les réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés. Le déclarant est informé des suites données à la FEI et de l'action menée.

Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses permettant de prévenir leur réapparition.

Les situations de crise sont identifiées. Les événements indésirables font l'objet d'un archivage après leur traitement.

Les actions sont intégrées dans le plan d'amélioration global de la qualité.

Les événements indésirables graves liés aux soins sont signalés sur la plateforme de signalement de l'ARS.

13.2.5 La sécurité et la logistique

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées :

- Risque incendie,
- Risques naturels,
- Risque d'intrusion,
- Risque de vol,

- Risque de fugue.

Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).

L'établissement contrôle et sécurise tous les accès de ses bâtiments. Les locaux techniques présentant un danger pour les résidents sont signalés et rendus inaccessibles.

L'établissement a un avis favorable de la commission consultative de sécurité et d'accessibilité. La dernière commission de sécurité a eu lieu au 2023.

Conformément à la réglementation, le personnel bénéficie chaque année d'une formation sur le risque incendie.

L'établissement dispose d'un programme de maintenance. Les opérations de maintenance (curatives et préventives) assurées en interne par le responsable technique et les sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations. Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.

Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée. Un plan de maintenance préventif et curatif des installations est élaboré et mis en œuvre : toutes les semaines, des points de contrôles sont réalisés sur les ballons et des contrôles de températures sont réalisés de façon hebdomadaire. Un laboratoire réalise des prélèvements une fois par an afin de contrôler la qualité de l'eau.

Des systèmes d'appel malade existent pour les résidents dans les chambres, les salles de bain et les lieux communs. Le système d'appel malade d'un bâtiment est obsolète et doit être changé, une première partie sera changée en 2025.

L'ensemble des systèmes d'appel malade sera changé lors de la rénovation des bâtiments.

Chapitre 14 : Déploiement du projet d'établissement

14.1 Communication et appropriation du projet d'établissement

Le projet d'établissement a été réfléchi par un COPIL représentatif de la démocratie et de la pluridisciplinarité qui règnent au sein de l'établissement intégrant en priorité des personnes accueillies.

Une fois que le projet d'établissement aura été adopté par le conseil d'administration, il sera diffusé pour qu'il puisse s'appliquer. Ceci est d'autant plus capital que la préoccupation exprimée par les professionnels de l'établissement est précisément celle de la concrétisation des objectifs formels sur le terrain.

Les 4 étapes de communication et d'appropriation du projet d'établissement
1 Transmettre au COPIL le projet d'établissement
2 Recueillir l'avis simple des élus du Personnel quant au projet d'établissement formalisé : CSE (comité social et économique)
3 Recueillir l'avis simple du CVS quant au projet d'établissement formalisé
4 Faire délibérer le conseil d'administration sur le projet d'établissement entouré des deux avis simples

La réalisation des objectifs et actions définies feront l'objet d'une évaluation et d'une actualisation annuelles.

Les 6 étapes d'application et de suivi du projet d'établissement
1 Compléter le tableau Excel en précisant pour chaque objectif et action, le calendrier d'application, les moyens nécessaires et les réalisateurs concernés.
2 Assurer un suivi du projet d'établissement.
3 Inclure les objectifs et actions d'amélioration contenus dans le projet d'établissement, dans le plan d'actions qualité de l'établissement et les relier à ceux issus de l'évaluation interne et externe.
4 Remettre à chaque professionnel sa feuille de route incluant sa participation à la réalisation des objectifs et actions du projet d'établissement qui le concernent directement.
5 Communiquer auprès des résidents, familles, professionnels et partenaires (notamment médecins traitants) sur le projet d'établissement et sur sa mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none">• Mettre à disposition de tous un exemplaire du projet d'établissement ;• Garder la possibilité d'adresser par mail à toute personne intéressée, le projet d'établissement ou son résumé
6 Au cours du premier trimestre 2030, dresser un bilan final de l'application du projet d'établissement.

L'évaluation annuelle du projet d'établissement

Le projet d'établissement est un véritable outil de pilotage dynamique qui sera suivi et évalué chaque année par le comité de pilotage qui effectuera les ajustements nécessaires.

Il fera l'objet d'un suivi et d'une mise à jour annuelle dans le cadre de l'actualisation du plan d'amélioration global de la qualité.

Le comité de pilotage sera composé du directeur, du médecin coordinateur, de l'infirmière coordinatrice, de résidents, de représentants des familles, de membres du personnel et de la psychologue.

Lors de la démarche d'évaluation, les objectifs sont repris et leur évolution est analysée (Objectifs atteints, en cours de mise en place de moyens, non-initiés)

À la suite de cette analyse, le copil doit, au besoin, réajuster les moyens pour atteindre les objectifs fixés.

Le copil travaillera avec le tableau suivant pour la réévaluation annuelle des objectifs :

Objectif	Actions mises en place pour la réalisation de l'objectif	Objectif atteint	Impact sur les résidents	Méthodes de travail	Avons-nous les bonnes pratiques pour mettre en œuvre l'objectif ?	Avons-nous les moyens nécessaires pour mettre en place l'objectif ?	Est-ce que l'objectif est pertinent ? Et réalisable ?	Est-ce que les moyens sont bien mis en place pour réaliser l'objectif ?	Est-ce que l'objectif est en cohérence avec les moyens et les ressources de l'établissement ?	Est-ce que les actions mises en place sont tenables dans le temps ?

Conclusion

Pour les cinq années à venir, la Fondation de Grammont poursuit la démarche d'amélioration continue déjà engagée avec la définition de nombreux objectifs et actions au bénéfice des personnes accueillies et de la qualité de vie au travail pour les professionnels.

L'ensemble des objectifs définis dans le projet s'inscrivent dans le questionnement éthique qui anime au quotidien la direction, l'encadrement et les professionnels de l'établissement.

Les objectifs et actions déterminés feront l'objet d'un suivi régulier afin d'assurer leur réalisation effective dans les délais définis.

Le bilan des actions réalisées sera mis à jour annuellement.

Résumé du Projet d'Établissement 2025-2030 de la Fondation de Grammont

1. Préambule

Le projet repose sur six valeurs fondamentales : **accueil inconditionnel, autonomie, bienveillance, ouverture, esprit d'équipe et transparence**. Il est dans **une démarche d'amélioration continue**. L'EHPAD accueille **des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans**.

2. Le projet d'établissement en dates

- Groupe de travail conseil d'administration : 22 août 2024
 - Groupes de travail : 8, 9, 11 et 22 octobre 2024.
- Validation des objectifs par les salariés et les résidents : 11 mars 2025
 - Validation par le conseil de vie sociale : 16 juin 2025
 - Validation par le conseil d'administration : 17 juin 2025
 - Envoi du PE aux instances : 02 juillet 2025

3. Objectifs stratégiques

- **Éthique** : Mise en place d'un comité éthique
- **Médico-social** : Former les professionnels non diplômés
- **Partenariale** : Renforcement des collaborations médicales et sociales.
- **Communication** : Développement les échanges entre les familles et les professionnels.

4. Projets fondamentaux

- **Projet de vie et d'animation** : Maintien du lien social vers l'extérieur, diversité des activités, personnalisation des parcours des résidents.
- **Projet de soins** : Formations des professionnels aux nouvelles pathologies rencontrées en EHPAD, gestion des risques, prise en charge de la fin de vie et des douleurs, pour éviter les hospitalisations à répétitions.

5. Projets techniques

- **Ressources humaines** : Amélioration de la qualité de vie au travail, formation continue, fidélisation du personnel.
- **Infrastructures** : Plan de reconstruction et d'amélioration de l'ensemble de la Fondation, développement durable (énergie, tri des déchets).
 - **Systèmes d'information** : Optimiser l'utilisation des logiciels et outils numériques.
 - **Qualité** : Renforcement du suivi des indicateurs, gestion des risques et évaluations régulières.

6. Déploiement et évaluation

Un **plan d'action détaillé** suit chaque objectif avec des responsables identifiés. Une évaluation continue et annuelle permet d'adapter les actions et d'assurer un suivi transparent. Le bilan final en 2030 servira de base au prochain projet.

Conclusion :

La Fondation de Grammont s'engage dans une modernisation progressive de l'ensemble des locaux tout en restant fidèle à ses valeurs, avec une prise en charge adaptée aux besoins des résidents.

Annexes

Annexe 1 : Liste des participants à la réflexion préparatoire autour du projet d'établissement

- Les membres du conseil d'administration
- Mme MERCIER Cindy, Responsable Hébergement
- Mme DUBOIS Séverine, ASH Hébergement
- Mme Fillon Annick, IDE
- Mme Julie FIGARD, IDE
- Mme Valérie GALMICHE, AMP
- Mme Andréa COMPARON, ASH Soins
- Mr FOURNIER Jacques, famille et membre du CA
- Mme Aurélie PAPE, AS et membre du CSE
- Mme Sandrine BOLOT, AS
- Mme Marion KRASAUSKAS, Animatrice
- Mme MILLERAND Marine, ESH Soins
- Mme RICCI Carine, AS
- Docteur Pierre BANWARTH, médecin coordinateur
- Mme Anne-Lise COLIN, IDEC
- Mme Edith CUCHEROUSSET, AS
- Mme TOBIASOVA Simone, Résidente
- Mme STEMMELEN Monique, Résidente

Annexe 2 : Tableau d'objectifs qualitatifs issus du projet d'établissement

Objectif	Améliorer le suivi des dépenses et recettes réalisées grâce à Habitat et humanisme	Le respect et le maintien de l'autonomie	Bienveillance	L'ouverture sur l'extérieur
Actions	Mettre en place des points de suivi trimestriels pour les dépenses et les recettes grâce à la mise en place d'un nouveau logiciel de gestion, EIG.	Repenser l'aménagement de l'établissement	Formation sur la bientraitance à refaire	Continuer et renforcer les réunions avec les différents intervenants, notamment les soins palliatifs.
	Maintenir une stabilité économique	Encourager les résidents, qui sont en capacité, à sortir seuls	Poursuivre les formations sur la bienveillance et les formations internes sur le respect du résident.	Développer les partenariats avec les écoles et les crèches.
	Réaliser des comparatifs de prix avec les partenaires d'Habitat et Humanisme sur les axes stratégiques (assurances, frais bancaires, matériels médicaux)	Des tables ouvertes (de 9 résidents et 3 professionnels) une fois par mois, où serait convié les résidents par roulement pour favoriser le lien social.	Les formations ASG (assistant de soin en gérontologie) sont à poursuivre surtout pour le service UHR.	Trouver un mode de transport adapté au budget et au besoin de l'établissement.
			S'adapter au plus près des besoins du résident et de ses capacités.	Poursuivre la signature de conventions de partenariats avec tous les partenaires de l'EHPAD.
		Réévaluer l'autonomie des résidents lors de réunions pluridisciplinaires pour unifier les pratiques et s'adapter au mieux aux capacités et besoins du résident.	Poursuivre la formation des professionnels au respect de la personne accueillie.	Développer le bénévolat en service civique.
		Augmenter l'implication des résidents dans les actes quotidiens (mise de la table, débarassage, linge, etc.).	Organiser des réunions d'information auprès des familles sur les droits des résidents (personne de confiance, directives anticipées, droit au secret médical et obligation de secret professionnel).	Réaliser des appels au recrutement de bénévoles régulièrement.
		Un kinésithérapeute à temps plein permettrait de maintenir un niveau d'autonomie plus élevée.	Réévaluation plus régulière des projets personnalisés lors de réunion de synthèse par exemple.	Inclure les bénévoles dans les formations traitant des démences, de la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
		Continuer à stimuler les résidents dans les actes de la vie quotidienne.	Personnalisation plus importante des chambres avant l'entrée.	
		Continuer les activités thérapeutiques.		

Communication	Optimiser notre UHR	Faciliter l'intégration des nouveaux résidents	Formaliser un document sur les risques de maltraitance et la promotion de la bientraitance.
Organiser la présentation du directeur à chaque nouvelle personne accueillie.	Réaliser que des entrées de l'extérieur de l'EHPAD	Faire les PAP dans les 15 jours de l'entrée avec les familles pour être au plus juste des habitudes, envies ou souhaits du résident dès son entrée	Elaborer et diffuser un protocole sur les risques de maltraitance et la promotion de la bientraitance
Informers les bénévoles de l'arrivée d'un nouveau résident et leur communiquer les centres d'intérêt de cette personne afin de cibler au mieux les actions des bénévoles.	Sortir les résidents dès que le traitement est stabilisé	Mettre en place le référent dès le premier jour d'entrée du résident pour faciliter l'intégration de la personne accueillie et le lien entre le résident et son référent. Dossier de l'histoire de vie à remplir par les familles avant l'entrée.	Poursuivre les formations sur la bientraitance et programmer les formations.
Création de cercle de parole pour les familles avec la psychologue.	Augmenter le nombre de bénévoles	Organiser la présentation du directeur dans les jours qui suivent l'entrée.	Elaborer un calendrier annuel des formations internes
Favoriser le lien entre les résidents et les lieux de rencontres.	Multiplier les appels au bénévolat		Faire émerger les participants aux formations.
Systematiser la présentation du résident à son voisin de table et de chambre à son arrivée.	Fidéliser les bénévoles présents	Présenter le résident à ces voisins de chambre et aux autres résidents.	Rythme du résident
Mettre en place des cafés discussions avec les résidents.	Faciliter l'admission	Esprit d'équipe	S'adapter d'avantage au rythme du résident pour les horaires du coucher
	Rencontre avec la famille/résident et les équipes avant l'entrée pour avoir des informations avant l'entrée du résident.	Maintenir d'esprit d'équipe au sein de la fondation par des actions de cohésion d'équipe entre les différents corps de métier.	Améliorer l'organisation pour le temps des repas.
	Faciliter les rencontres avec les résidents avant l'entrée	Participation active des salariés aux projets de réorganisation.	Améliorer le respect des habitudes de vie
	Faciliter les entrées en UHR.	Continuer à travailler en bonne entente.	Formation des soignants pour l'amélioration du respect du rythme de vie de la personne accueillie.

Poursuivre les formations sur le respect	Faciliter le rôle des personnes élues au CVS	Favoriser la vie sociale	Favoriser la personnalisation du projet de soins
Programmer les formations internes de la dignité, de la sexualité, de l'intimité des résidents et sur la non-utilisation d'expressions familières	Renouveler le bureau du CVS	Développer les sorties avec un véhicule adapté; Poursuivre les partenariats avec des animaux.	Adapter, encore plus, le quotidien au projet personnalisé.
Améliorer le respect de la confidentialité des informations relatives aux résidents.	Faciliter l'expression des résidents	Réflexion sur l'agencement de la salle à manger pour permettre à tous les résidents de manger en salle.	Mieux définir le rôle du référent et le valoriser
Poursuivre les formations et la sensibilisation des professionnels aux règles sur la confidentialité des informations relatives aux résidents.	Renouveler les cafés du directeur et de la cadre de santé.	Réflexion sur l'agencement d'un local "magasin" de vêtements pour les résidents et d'un mini bar.	Formaliser l'élaboration des projets personnalisés
Améliorer la confidentialité des discussions dans les couloirs.	Mettre une boîte à suggestions visible pour les résidents et leurs familles.	Réaliser un potager.	Actualiser la procédure d'élaboration des projets personnalisés
Diversifier la possibilité de culte	Favoriser d'adaptation du résident à son nouveau lieu de vie	Présenter les nouveaux résidents aux autres résidents à l'entrée.	Insérer les actions du PP dans les plans de soins et dans l'item animation du logiciel de soins afin de valider les actions réalisées et mesurer les effets
Prendre contact avec les cultes divers pour maintenir le lien spirituel pour les autres confessions que catholique.	Prendre contact avec la famille avant l'entrée pour adapter au mieux le lieu de vie aux besoins et envies du résident.	Informar les résidents des décès	Faciliter la vie sociale
Formaliser les restrictions des libertés	Inclure plus les familles dans la rédaction des PAP.	Créer un temps d'échange entre les résidents, une fois par mois.	Mise en place d'un groupe de parole pour les familles.
Intégrer dans les projets d'accompagnement les motifs de restriction des libertés et désigner la mesure restrictive mise en place.			Les partenariats sont à développer avec autres structures, les écoles et la crèche de Villersexel.
Augmenter la surface de déambulation pour l'UVP avec les projets architecturaux.			Développer les activités sportives : prof APA ou Rencontre inter-EHPAD ou projet avec le PAN.

Améliorer l'évaluation et l'accompagnement des résidents présentant des troubles psychiatriques	Améliorer la coordination	Améliorer la gestion des troubles cognitifs	Améliorer la prise en charge de la dénutrition
Mettre en place des formations sur l'évaluation et l'accompagnement des troubles psychiatriques	Améliorer la qualité des transmissions	Continuer l'optimisation de l'orientation	Mener une réflexion sur l'horaire et les lieux de repas du soir.
Poursuivre la coopération avec le CMP et rechercher des partenariats complémentaires	Améliorer la liste de documents prévues pour les rdvs extérieurs des patients.	Réflexion sur des nouveaux locaux plus adaptés pour les activités	Poursuivre le suivi des personnes dénutris
Harmoniser l'accompagnement de la dépendance et la perte d'autonomie	Améliorer la gestion des urgences	Améliorer les partenariats avec les établissements psychiatriques	Prise en charge plus rapide de la dénutrition quand elle est constatée.
Actualiser et diffuser les procédures d'aide pour le lever, les repas, la toilette, le coucher, les déplacements des résidents.	Poursuivre l'utilisation des protocoles ainsi que leurs utilisations vis-à-vis des professionnels	Réaliser davantage de formations sur les troubles cognitifs pour le personnel non diplômés.	Réévaluation plus régulière de la texture en fonction de l'amélioration des troubles.
Actualiser les plans de soins à l'issue des évaluations.	Réflexion sur un éventuel partenariat avec les médecins coordinateurs d'Habitat et Humanisme.	Améliorer le suivi des contentions	Améliorer l'appétence des repas surtout la présentation pour les mixés par la formation des professionnels de cuisine.
Continuer le contrôler l'application de ces procédures.	Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	Intégration des contentions au plan de soins	Améliorer la prise en compte des régimes et préférences
Réaliser un suivi des adaptations mises en œuvre pour prévenir ou réduire la perte d'autonomie	Mettre en place des actions de prévention par suite de l'analyse	S'assurer du suivi des prescriptions médicales	Limiter le risque d'escarres
Formaliser les évaluations réalisées sur les adaptations mises en œuvre.		Améliorer la réévaluation de l'utilisation des contentions.	Améliorer la réalisation des changements de position et des décharges
			Formation des aides-soignants et ASH soins, à réaliser, pour améliorer la prise en charge des personnes porteuse d'escarres.

Améliorer l'évaluation et l'hygiène bucco-dentaire	Améliorer et harmoniser la prise en charge de l'incontinence	Améliorer l'évaluation et le traitement de la douleur
Elaborer un protocole sur la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire	Elaborer un protocole sur la prise en charge de l'incontinence	Réaliser régulièrement des formations internes sur l'utilisation des échelles de douleur
Programmer des formations sur la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire	Se former aux nouvelles technologies de prise en charge de l'incontinence.	Améliorer la prise en charge en fin de vie
Améliorer la réalisation des soins bucco-dentaire, une attention particulière doit être faite aux résidents portant des prothèses dentaires, tout en préservant l'autonomie des résidents.	Sécuriser le circuit du médicament	Reprise de l'analyse de la pratique professionnelle
	Réaliser un audit annuel sur le circuit du médicament	Formation de tous les professionnels à l'accompagnement de fin de vie.
Accompagner les troubles sensorielles	Actualiser le protocole suite à l'audit réalisé	Aménager un lieu pour les familles pour rester dormir au sein de la structure.
Prendre en compte les déficits sensorielles dans les menus des repas, l'adaptation doit être privilégié surtout pour les résidents mangeant dans les petits salons.	Elaborer un plan d'actions d'amélioration suite à l'audit annuel	Améliorer l'appropriation de la réglementation relative à la fin de vie.
Réaliser des formations spécifiques au personnel sur ces troubles.	Sécuriser les modalités de distribution des traitements	Programmer des formations internes sur la réglementation relative à la fin de vie
Mettre en place des menus sur les tables des petits salons le midi.	Faire prescrire au médecin traitant l'écrasement des traitements	Développer les compétences des professionnels
		Continuer de former les professionnels

Formaliser l'accompagnement de la fin de vie	Améliorer la fréquence de nettoyage des chambres	Améliorer la gestion des risques
Actualiser la procédure relative à la fin de vie.	Tendre vers un nettoyage plus régulier des chambres	Un carnet sanitaire est à mettre à jour
Continuer d'expliquer au futur résident le rôle de la personne de confiance et l'importance de rédiger des directives anticipées.	Poursuivre la démarche éco-responsable dans tous les domaines d'activité	Un programme de sécurisation d'établissement est à mettre à jour
Améliorer l'accueil et l'intégration des professionnels	Développer la démarche éco-responsable dans tous les domaines d'activité	Améliorer la maîtrise du risque infectieux
Formaliser la procédure d'accueil	Sensibiliser les professionnels à la démarche.	Renseigner le DARI
Formaliser le bilan réalisé avant la fin de la période d'essai	Diminuer les dépenses d'énergie	Elaborer un plan d'actions à la suite de la réalisation du DARI
Améliorer l'hébergement des résidents accueillis	Respecter la réglementation relative à la gestion documentaire et sécuriser les données	Nommer un référent
Mettre en place un projet architectural viable et encore mieux adapté au bien-être des résidents.	Mettre à jour la RGPD en fonction des nouvelles réglementations à venir	Programmer des formations sur le risque infectieux
Améliorer la qualité des repas	Mettre en œuvre la gestion des risques et l'amélioration de la qualité	
Améliorer la qualité et la diversité des plats mixés par la formation du personnel.	Formaliser les modalités de suivi de la démarche qualité dans Ageval	

Annexe 3 : Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité fusionnée avec la Haute Autorité de Santé)

A lire sur : <https://www.has-sante.fr/jcms>

Annexe 4 : Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

A lire sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835410/fr/elaboration-redaction-et-animation-du-projet-d-etablissement-ou-de-service

Annexe 5 : La qualité de vie en résidence autonomie

A lire sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-12/qualite_de_vie_en_residences_autonomie-recommandations.pdf