

Projet d'établissement 2023 – 2027

Etablissement d'Hébergement pour Personnes
Agées Dépendantes L'Ostal du Lac

1 Allée Louis Palliès 34920 LE CRES
FINESS : 340017672

Le 25 mai 2023

**EXTRAIT DES DELIBERATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU 25/05/2023**

OUVERTURE DE LA SÉANCE

Le Conseil d'Administration de l'Adages s'est réuni le 25/05/2023 à 17h30, sous la présidence de Monsieur Jean-Bernard DUBOIS.

Participation :

A titre délibératif : 17 membres présents dont 3 par procuration

A titre consultatif : 18 personnes ont assisté à la réunion

Début de l'extrait

.../...

Point 3 EHPAD Ostal du Lac : Présentation du projet d'établissement

Pièces adressées au moment de la convocation :

- Projet d'établissement EHPAD Ostal du Lac

Résolution :

Après avoir délibéré, le Conseil d'administration approuve à l'unanimité le projet d'établissement 2023-2027 de l'EHPAD « L'Ostal du Lac », tel qu'il a été présenté.

Le conseil d'administration autorise le Directeur général et le Directeur de l'établissement à le transmettre aux autorités compétentes.

.../...

Fin de l'extrait

De tout ce que dessus, il est dressé procès-verbal.

Pour extrait certifié conforme aux registres,
Fait à Montpellier,
Le 30/11/2023

Le Secrétaire Général
Bernard BARRAL



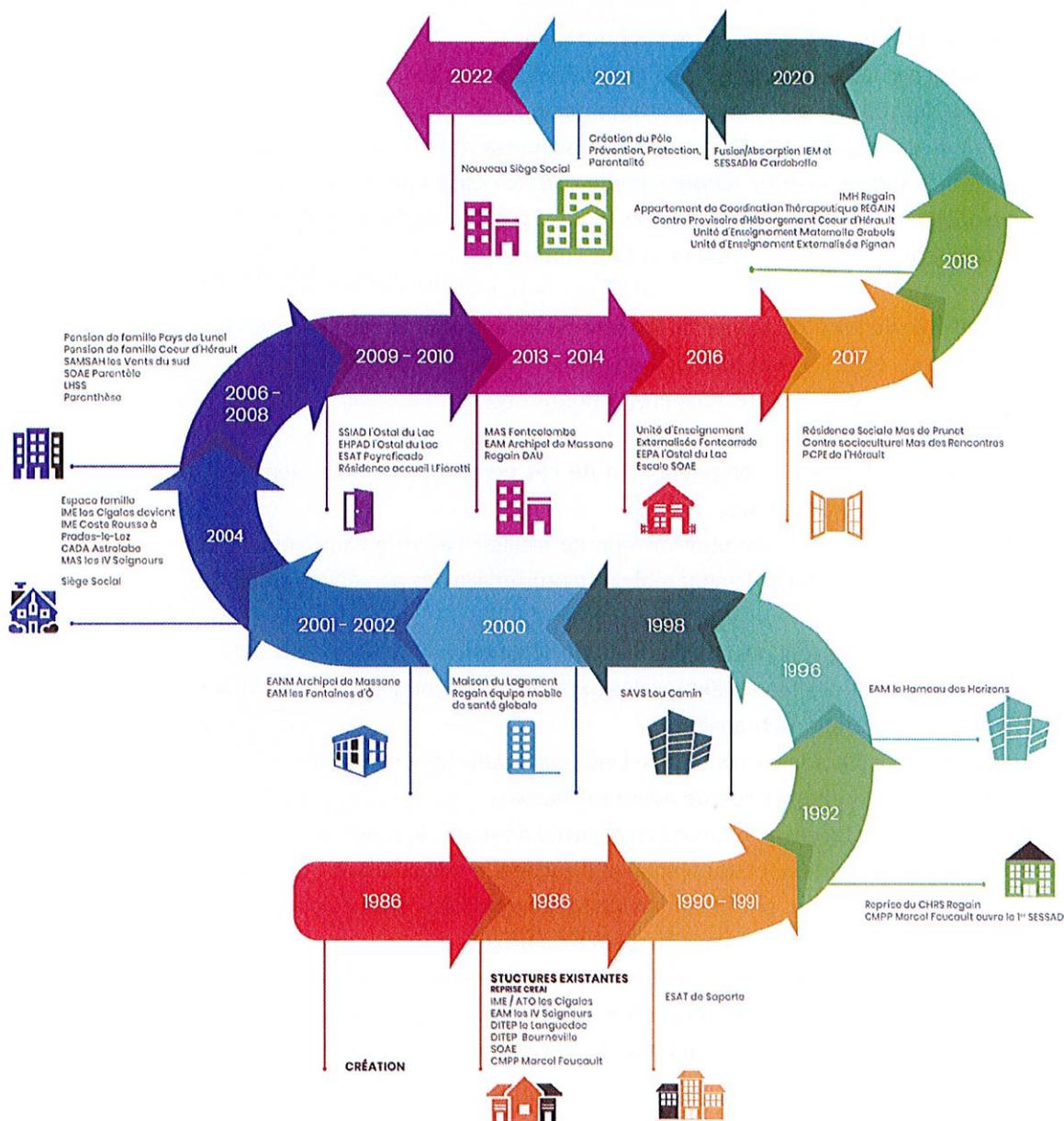
SOMMAIRE

1.	L'histoire et le projet de l'Adages	5
2.	Présentation de la structure	7
2.a)	Fiche d'identité de la structure	8
2.b)	Organigramme de la structure.....	9
2.c)	Le cadre légal d'intervention et les missions.....	11
2.d)	Le public accueilli ou accompagné.....	13
2.d.1)	Le public accueilli ou accompagné EHPAD.....	13
2.d.2)	Projet pour l'accueil des personnes âgées présentant des comportements défis.....	13
2.d.3)	Projet pour l'accueil des personnes âgées diagnostiquées présentant des troubles psychiatriques	14
2.d.4)	Projet pour l'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes.....	14
2.e)	La relation avec les parents, la famille et l'entourage	16
2.f)	La nature de l'offre de service et son organisation	17
2.f.1)	Service soins – AS-AMP.....	17
2.f.2)	Service ASH, Lingerie et Maitresse de maison.....	18
2.f.3)	Service Nuit.....	19
2.f.4)	Service Cuisine	20
2.f.5)	Service IDE.....	21
2.f.6)	Service animation.....	22
2.f.7)	Service Administratif.....	23
2.f.8)	Service Direction	24
2.f.9)	Service Ergothérapie	26
2.f.10)	Service Coordination Médicale	27
2.f.11)	Service Psychologique.....	29
2.f.12)	Service Accueil de Jour.....	30
2.f.13)	Service Technique	31
2.g)	Les principes d'intervention.....	32
2.g.1)	L'accompagnement de la fin de vie.....	32
2.g.4)	L'élaboration des projets personnalisés.....	33
2.h)	Les professionnels et les compétences mobilisées.....	34
2.i)	Les partenariats.....	36
2.j)	La démarche qualité.....	36
2.k)	La démarche RSO.....	37

3. Bilan du précédent projet d'établissement (objectif par objectif) et du contexte actuel	39
4. Les orientations stratégiques du projet d'établissement 2021-2025 en cohérence avec le projet associatif.....	43
4.a) Plan d'actions	45
4.b) Fiches actions incluant les critères d'évaluation de chaque action.....	46
5. Méthodologie d'élaboration du nouveau projet d'établissement.....	56

1. L'HISTOIRE ET LE PROJET DE L'ADAGES

Issue du CREAL Languedoc-Roussillon, l'association Adages est officiellement née le 27 avril 1985.



Elle accompagne depuis plus de 30 ans tout particulièrement :

- Des enfants et adolescents de la petite enfance à 20 ans, en difficulté ou en danger confrontés à des troubles psychologiques, à des difficultés scolaires et/ou à des contextes familiaux compliqués.
- Des personnes en situation de handicap, enfant ou adulte, troubles psychiques, cérébro-lésées, polyhandicapées.
- Des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées vieillissantes.

- Des personnes ou des familles, en rupture sociale ayant besoin d'hébergement, d'aide à l'insertion sociale et/ou à la prise en charge de leur santé...

L'Adages décline cette finalité en trois missions principales :

- Accompagner les personnes les plus vulnérables, c'est à la fois les accueillir, les protéger, les soutenir, les soigner, et favoriser leur autonomie, leur inclusion et leur insertion.
- Choisir de développer des réponses adaptées, innovantes en faveur des publics accompagnés.
- Gouverner, diriger, évaluer, rendre compte dans le respect des valeurs démocratiques laïques et respectueuses de la place de chaque acteur dans l'organisation et d'une gestion rigoureuse et désintéressée des moyens qui nous sont confiés.

Chaque année, près de 7000 personnes de 0 à plus de 80 ans, sont accueillies et accompagnées dans les 15 établissements et 22 services adaptés à un public fragile. Situés dans l'Hérault, les structures sont organisées en 4 pôles : Pôle Enfance, Pôle Prévention-Protection-Parentalité, Pôle Adultes handicapés et Personnes âgées, Pôle Social

- + de 1450 professionnels prennent soin de ces personnes au quotidien pour permettre un mieux-être, et un mieux vivre.
- Les salariés de l'Adages ont pour mission de faciliter l'accès à l'autonomie pour chacun. Les équipes de terrain sont fortement mobilisées au service des personnes accueillies.

10 engagements prioritaires sont pris pour les 5 ans de déploiement du projet associatif soit 2019-2024 :

1. Promouvoir les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité
2. Délivrer des prestations de qualité
3. Adapter l'offre d'accompagnement en l'inscrivant dans son environnement
4. Expérimenter pour répondre à de nouveaux besoins
5. Mobiliser des instances associatives en capacité de porter le projet associatif
6. Conforter un management transversal et s'engager à mieux prendre en compte la dimension environnementale dans une démarche de Responsabilité Sociétale des Organisations.
7. Moduler les ressources humaines au service du projet
8. Optimiser la gestion des ressources financières et du patrimoine immobilier.
9. Communiquer sur le sens de notre action et nos savoirs faire
10. Disposer d'un système d'information à hauteur des enjeux

2. PRESENTATION DE LA STRUCTURE

L'EHPAD « L'OSTAL du LAC a ouvert ses portes le 2 juin 2009.

Il est donc géré par l'association ADAGES, dont le siège social est situé 125 Rue Clément François Prunelle, 34790 Grabels.

L'établissement accueille 41 personnes âgées en situation de dépendance ainsi que 27 personnes âgées en situation de handicap au sein de l'EEPA (Etablissement Expérimental pour Personnes Agées).

Ainsi 2 populations cohabitent au sein de l'Ostal du lac selon 3 modalités d'accueil :

- 39 personnes âgées sont domiciliées à l'année à l'EHPAD et 21 personnes en situation de handicap sont domiciliées à l'année à l'EEPA
- 2 chambres d'accueil temporaire permettent des séjours sur des temps déterminés à l'EHPAD
- 6 personnes en situation de handicap sont accueillies en journée à l'EEPA (accueil de jour)

Nous disposons également de 45 places en SSIAD qui favorisent le maintien à domicile et permet, lorsque cela est souhaité, de proposer une admission progressive et/ou temporaire.

L'EHPAD est habilité à l'aide sociale pour la totalité de sa capacité (41 places). Ainsi, nous créons des conditions de rencontres sociales diversifiées. Nous permettons également l'hébergement de plusieurs membres d'une même famille tels que des couples et des personnes en situation de handicap accompagnées (ou accompagnant) leur(s) parent(s).

Ce projet d'établissement présente l'offre de service de l'EHPAD. Il met en œuvre les engagements du projet associatif de l'ADAGES et il participe à la dynamique de cette association novatrice. Ce projet considère et garantit que les personnes accueillies sont chez elles. L'établissement est leur domicile au sein duquel les habitants disposent de leur liberté. Ce projet affirme la préservation des droits fondamentaux des personnes accueillies, quels que soient leurs possibilités de les accomplir. L'établissement propose un contrat d'accueil et un accompagnement personnalisé qui s'engage à soigner sans acharnement ni renoncement. Ce contrat recherche, en premier lieu, l'adhésion de l'habitant à l'accueil au sein de l'établissement. Il s'appuie sur la mise en place d'une relation de confiance avec l'habitant, sa famille et ses proches. Il dit que l'accueil au sein de l'établissement est une nouvelle étape de la vie de l'habitant, au cours de laquelle les professionnels :

- Favoriseront les rencontres et l'envie de participer à la vie de l'établissement
- Protégeront les intérêts des habitants en privilégiant leurs souhaits et leurs besoins dans les décisions qui seront prises
- Défendront l'intégrité des habitants en veillant à la qualité du regard porté sur leur histoire, leur importance et leurs projets
- Soigneront les habitants dans un cadre concerté et selon des actes soignants conformes aux codes de déontologie médicaux et paramédicaux
- Accompagneront tous les instants de la vie afin de lutter contre le sentiment de solitude qui opprime parfois le grand âge

Ce projet 2023-2027 s'inscrit dans la stratégie globale du bien vieillir afin que notre société de la longévité considère l'EHPAD comme un acteur incontournable du grand âge. L'accueil en EHPAD doit devenir une chance, une nouvelle étape de la vie et un temps de sérénité.

2.a) Fiche d'identité de la structure

Nom l'établissement	Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes L'Ostal du Lac
Adresse	1 Allée Louis Palliès 34920 LE CRES
FINESS EG (ou géographique)	340017672
Autorisations actuelles	Arrêté conjoint n° 2016-456 du 26/04/2016
Directeur de l'établissement	SEGAULT Pascal Tél : 04.67.16.39.50 Mail : accueil.ehpad@adages.net
Organisme gestionnaire	ADAGES
Statut	Association Loi 1901
Adresse	125 rue Clément François Prunelle - 34790 GRABELS
FINESS EJ (ou juridique)	340787589
SIRET	33977442400404

2.b) Organigramme de la structure

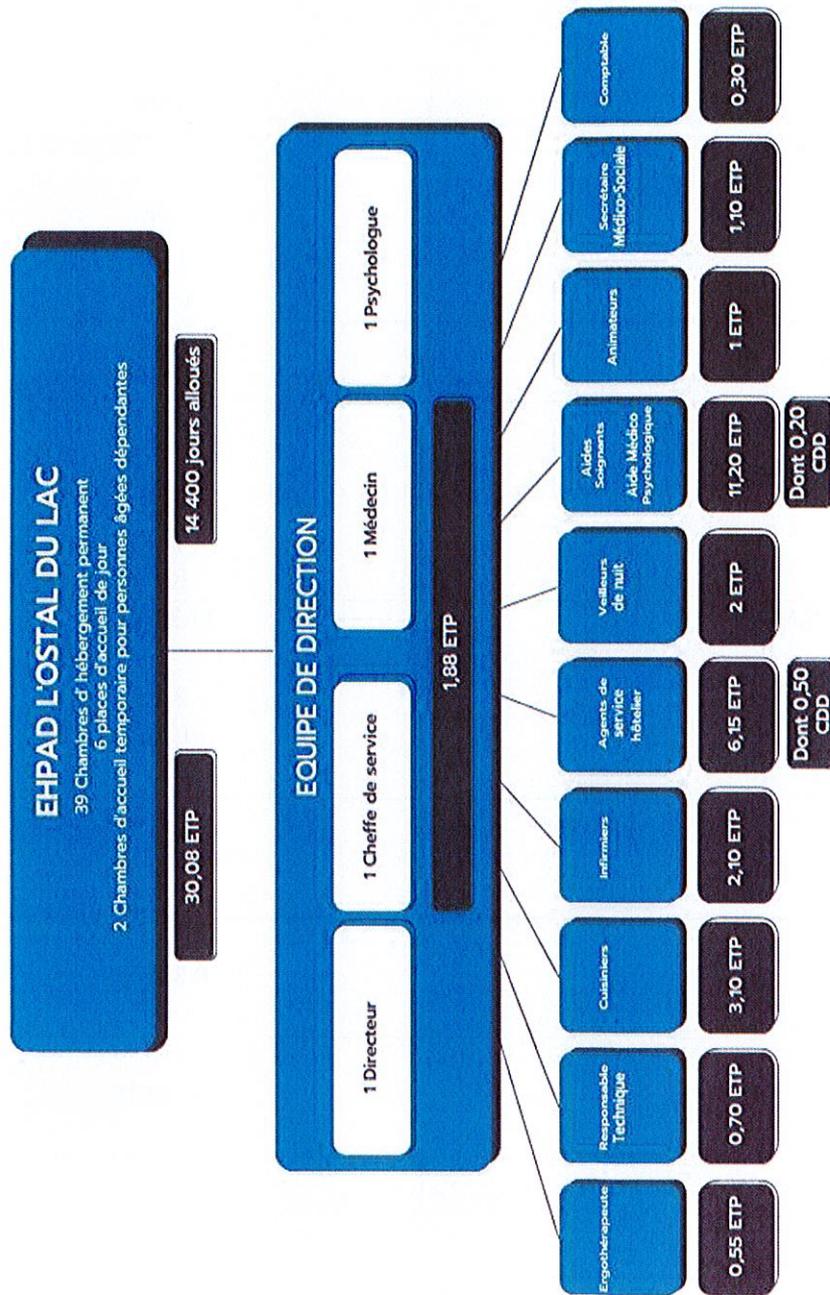


Tableau des effectifs EHPAD « l'Ostal du Lac »

DIRECTION-ADMINISTRATION-ENCADREMENT	2.73 ETP
Directeur	0,70
Cheffe de Service - IDEC	0.63
Secrétaire Comptable	0,70
Secrétaire Médico-Sociale	0,70
SERVICES GENERAUX	2.80 ETP
Chef cuisinier	0,70
Cuisinier	1.40
Responsable technique	0,70
ANIMATION	1 ETP
SERVICE HOTELIER	8.15 ETP
Lingère	0,50
ASH nuit	1.00
ASH jour	6.65
SERVICE SOIGNANT	14.30 ETP
Infirmier	2.10
AS-AMP	12.20
MEDECIN	0.25 ETP
PSYCHOLOGUE	0.30 ETP
ERGOTHERAPEUTE	0.55 ETP
TOTAL GENERAL	30.08 ETP

2.c) Le cadre légal d'intervention et les missions

Pour accompagner le vieillissement de nos concitoyens chez eux et rendre les EHPAD plus attractifs, le Gouvernement porte une feuille de route, avec un investissement d'un milliard d'euros par an, d'ici 2025

- 750 millions d'euros par an, d'ici 2025, pour augmenter les financements des services à domicile et en améliorer la qualité, dans le but de déployer, dans tous les territoires, le « virage domiciliaire » ;
- 200 millions d'euros par an pour mieux rémunérer les professionnels de l'aide à domicile et renforcer l'attractivité des carrières ;
- Faciliter le parcours des personnes âgées souhaitant bien vieillir à domicile, tout en simplifiant les démarches engagées par leurs aidants ;
- Permettre à chacun de vieillir en bonne santé chez soi, grâce au déploiement d'un plan anti-chute dans toutes les régions.
- 2,1 milliards d'euros pour investir dans le bâti, les équipements du quotidien et le numérique pour les rendre les EHPAD plus chaleureux, plus humanisés et plus ouverts sur l'extérieur ;
- 500 millions d'euros pour renforcer la médicalisation des EHPAD, grâce au financement de 20 000 postes de personnels soignants supplémentaires et grâce à un plan d'action visant à améliorer l'accompagnement médical des habitants dans les années à venir ;
- 2,8 milliards d'euros pour revaloriser les salaires et renforcer l'attractivité des métiers en EHPAD, et pour sécuriser des collectifs de travail motivés auprès des personnes et des familles, avec l'augmentation des rémunérations de tous les professionnels d'EHPAD à hauteur de 183 euros nets par mois, le déploiement d'un plan métiers en lien avec le ministère du Travail pour développer les formations, la validation des acquis de l'expérience (VAE), et faciliter les recrutements urgents

La déclinaison de ces axes stratégiques est présentée dans chaque service dans « la nature de l'offre de service – partie 2.f »

Lois :

- ⇒ Code de l'action sociale et des familles :
 - Articles L312-1 à L312-8
 - Articles D312-155-0 à D312-159-2 Fonctionnement
 - Article L311-4 : Droits des habitants
 - Article D311 : Contenu du contrat de séjour (ou document individuel)
 - Article L314-2 : Tarifs applicables
 - Annexe 2-3-1 : Prestations de l'Ehpad, minimum obligatoires
 - Articles L232-8 à L232-11 : Versement de l'Apa

- ⇒ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- ⇒ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- ⇒ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- ⇒ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, modifiée par la loi n°2011-940 du 10 août 2011, rénovant la procédure d'autorisation, de création, extension et transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux en introduisant une procédure d'appels à projets
- ⇒ La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Décrets :

- ⇒ Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- ⇒ Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 pris pour l'application de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- ⇒ Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ⇒ Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du CASF (pris en application de la loi ASV article 65)
- ⇒ Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ⇒ Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Arrêtés :

- ⇒ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges relatif aux ESMS, modifié par l'arrêté du 13 août 2004
- ⇒ Arrêté du 26 avril 1999 relatif au contrat type prévu à l'article L. 442-2 du code de l'action sociale et des familles
- ⇒ Arrêté du 13 décembre 2022 relatif à la définition et aux modalités de calcul des indicateurs mentionnés à l'article D. 312-211 du code de l'action sociale et des familles
- ⇒
- ⇒ Arrêté du 23 décembre 2022 relatif aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées
- ⇒

Cadre régional et départemental

- ⇒ Projet régional de santé 2023-2028 de l'Occitanie
- ⇒ Schéma départemental de l'autonomie 2023-2027 de l'Hérault
- ⇒ Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Hérault

Recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et de la HAS relatives aux personnes âgées, à l'EHPAD, l'EEPA et au SSIAD

2.d) Le public accueilli ou accompagné

2.d .1) Le public accueilli ou accompagné EHPAD

L'EHPAD l'Ostal du Lac permet l'hébergement de 41 personnes âgées de plus de 60 ans (dont 2 places en accueil temporaire).

L'âge des habitants de l'établissement est assez stable depuis 2017, comme l'indique le tableau suivant.

Tranche d'âge	Nombre en 2017	Nombre en 2018	Nombre en 2019	Nombre en 2020	Nombre en 2021	Nombre en 2022
50-59 ans	5 (10.6%)	3 (6.4%)	2 (4.6%)	2 (5.6%)	2 (4.8%)	2 (5.1%)
60-69 ans	13 (27.7%)	15 (31.9%)	14 (31.8%)	11 (30.5%)	10 (23.8%)	7 (18%)
70-79 ans	3 (6.4%)	4 (8.5%)	6 (13.6%)	6 (16.7%)	9 (21.4%)	8 (20.5%)
80-89 ans	11 (23.4%)	15 (31.9%)	14 (31.8%)	10 (27.8%)	14 (33.3%)	13 (33.3%)
> 90 ans	15 (31.9%)	10 (21.3%)	8 (18.2%)	7 (19.4%)	7 (16.7%)	9 (23.1%)

Nous observons que l'âge moyen d'entrée dans l'EHPAD est, globalement, de plus en plus avancé, passant de 74 ans en 2017 à 81,85 ans en 2022.

Les femmes sont majoritaires parmi les habitants (62.9% de femmes pour 37.1% d'hommes en juillet 2022). Dans la grande majorité des cas, c'est une perte de dépendance qui induit la décision de l'habitant et de ses proches de mettre en place une entrée au sein de l'EHPAD l'Ostal du Lac.

Les pathologies les plus fréquentes dont sont porteurs les habitants de l'EHPAD sont les suivantes, les proportions indiquées sont stables depuis 2017. Il est important de souligner malgré tout que la plupart des habitants présentent une polyopathie liée à l'âge.

2.d.2) Projet pour l'accueil des personnes âgées présentant des comportements déris

Au cours de leur séjour au sein de l'Ostal du Lac, chaque personne accueillie peut être amenée à développer ce que l'on appelle des « troubles du comportement » ou comportements déris. Il s'agit, comme défini par Moreaud (Moreaud O. Que sont les troubles du comportement pour le neurologue ? Bases neurophysiopathologiques. La Revue de Gériatrie, Tome 32, N°6 JUIN 2007, pp 453-56), d'un comportement « gênant, en référence à des normes culturelles et sociales, gênant souvent davantage l'entourage que le malade lui-même ». Plusieurs échelles normées permettent d'évaluer la sévérité, la fréquence et l'impact de ces comportements : NPI-ES, échelle de Cohen-Mansfield.

Suivant l'arbre décisionnel du traitement des troubles du comportement perturbateurs, diffusé par la HAS, l'équipe évalue régulièrement ces comportements. En partenariat avec le médecin traitant, une recherche approfondie sur la cause de ces réactions est développée. Les facteurs étiologiques sont étudiés en détail, induisant la mise en place, selon les cas, d'interventions non-médicamenteuses (Montessori, Humanitude, stimulations multisensorielles, médiation musicale, médiation animale...), d'une adaptation de l'environnement (respect du rythme de vie de chacun, fractionnement des repas, soins des cheveux spécifiquement au salon de coiffure...) et/ou d'une thérapeutique médicamenteuse.

L'équipe Parcours Santé Personnes Âgées (EPS-PA) et l'équipe Mobile de Psycho-Gériatrie (EMGP), rattachées au CHU de Montpellier et toutes deux partenaires de l'Ostal du Lac, peuvent également être sollicitées le cas échéant. L'ensemble des professionnels de l'établissement, notamment de l'équipe soignante, est invité à participer à une formation annuelle sur les comportements dévifs.

De plus, des réflexions régulières, en transmissions, en réunions cliniques et en réunion de direction, mais également lors d'échanges plus informels, ont lieu entre les différents professionnels, qui sont valorisés dans ce genre de démarche. Les familles et les habitants confrontés à ce type de problématiques sont également soutenus sur le long court et accompagnés dans les actions à mener pour diminuer l'apparition de ces comportements.

2.d.3) Projet pour l'accueil des personnes âgées diagnostiquées présentant des troubles psychiatriques

Certains habitants de l'Ostal du Lac présentent une pathologie psychiatrique avant même leur entrée dans l'établissement. Si la personne bénéficie déjà d'un accompagnement par un psychiatre et/ou un thérapeute, le maintien de cette prise en soin est favorisé.

Sans cela, et afin de pallier à la difficulté de trouver un psychiatre acceptant de nouveaux patients, nous avons mis en place un partenariat avec l'organisme St-Rythm, qui permet la mise en place de consultation en visio avec différents médecins spécialistes, notamment des psychiatres et des médecins spécialisés en médecine interne gériatrique.

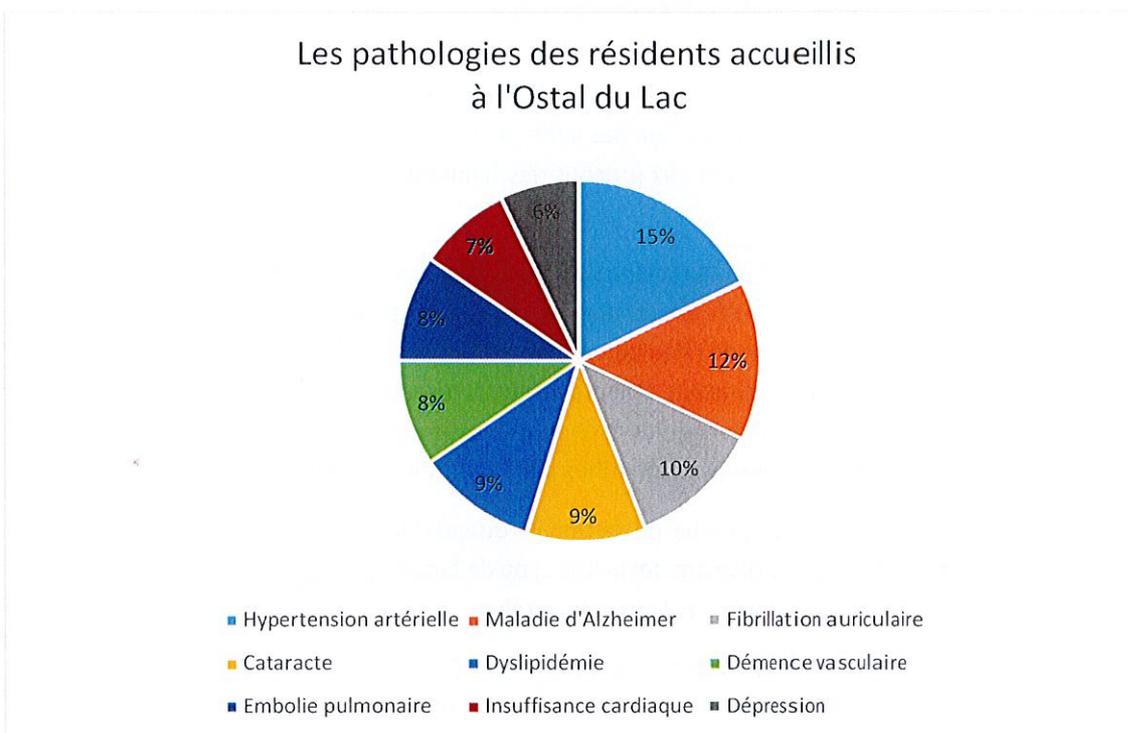
En parallèle, la psychologue de l'établissement assure un suivi pour les habitants qui le nécessitent et l'ensemble de l'équipe est sensibilisée aux différentes pathologies psychiatriques et à leurs conséquences en collectivité : partenariat approfondi avec les médecins traitants, réunions cliniques animées par la psychologue, intervention de l'équipe mobile de la Colombière (CHU de Montpellier) partenaire de l'établissement, la Clinique de géronto-psychiatrie de Saint-Antoine (à Montarnaud, partenaire conventionnel de l'Ostal du Lac)... Elle reste ainsi vigilante à l'apparition de symptômes éventuels et à l'impact que cela pourrait avoir sur l'habitant et sur son entourage.

2.d.4) Projet pour l'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes

Le SAJE (service d'accueil de jour) et l'EEPA de l'Ostal du Lac sont, tous deux, pensés pour pouvoir accueillir des personnes vieillissantes en situation de handicap, que ce soit à la journée ou en séjour (temporaire ou permanent). Ainsi, le personnel est soutenu pour la mise en place d'activités thérapeutiques adaptés. Les habitudes de vie de la personne sont recueillies en amont de son entrée au sein de l'Ostal du Lac, permettant une adaptation la plus proche possible de ce qu'il a connu dans le passé, que ce soit en institution ou au domicile privé.

Par ce biais, la mise en place des outils nécessaires et déjà employés précédemment est maintenue : planning de la journée/de la semaine, protocole de consommation de tabac/de café, jour de douche spécifique, organisation de séjour de répit, lien avec les établissements précédents pour maintenir le lien social...

Des échanges avec les professionnels qui accompagnaient les habitants dans leur ancien lieu de vie sont également favorisés, afin de rendre plus sereines à la fois l'entrée dans l'établissement, mais également l'acclimatation à ce nouvel environnement et l'acceptation progressive d'un nouveau « domicile ». La possibilité d'être accueilli au sein du SAJE permet également pour les personnes âgées en situation de handicap de prendre connaissance progressivement de l'établissement, certains pouvant alors devenir habitants de l'EHPAD ou de l'EEPA par la suite.



Mais au-delà des pathologies que présentent les habitants, ce sont leur histoire de vie, leur personnalité, leurs envies et leurs besoins, leur identité qui sont les points centraux sur lesquels repose le travail de chacun des membres de l'équipe. En effet, avant même l'entrée au sein de l'établissement, au moins une rencontre a lieu et les informations concernant l'histoire de vie et les habitudes du quotidien, recueillies auprès du futur habitant ou de sa personne de confiance, sont transmises en réunion pluridisciplinaire. Cela renforce, auprès de chacun des professionnels, la prise en compte globale de la personne âgée, le respect de ses souhaits, envies et besoins mais aussi de son intimité, de ses choix et de la libre expression de ceux-ci. L'implication des habitants de l'Ostal dans leur quotidien est essentielle, aux yeux de tous, pour qu'ils se sentent réellement chez eux et non pas dans un lieu de soin.

Les habitants de l'Ostal du lac participent à l'ensemble des décisions qui les concernent. A ce titre, le Conseil de Vie Sociale a une place centrale. Il est considéré comme une instance incontournable et citoyenne. Il est mis en œuvre conformément au décret paru le 25 avril 2022. Il est présidé par un habitant et il prévoit la participation des habitants et de leurs représentants.

Les habitants ont également la possibilité d'exprimer leurs points de vue au cours des réunions hebdomadaires organisées par les animateurs, lors des enquêtes annuelles de satisfaction et par le biais d'une boîte aux lettres pouvant recueillir les idées et/ou les insatisfactions. Les résultats des enquêtes sont présentés annuellement au CVS qui produit des propositions et des souhaits.

Ces comptes-rendus sont affichés au sein de l'établissement et transmis à l'ensemble des familles.

2.e) La relation avec les parents, la famille et l'entourage

Une des valeurs essentielles de l'Ostal du Lac est de permettre aux personnes qui y vivent de s'y sentir chez elles, notamment en soutenant le maintien des liens sociaux et familiaux. L'organisation est orientée en ce sens, permettant aux familles et aux proches des habitants d'être inclus dans la vie de l'établissement.

Avant même de s'installer à l'Ostal, l'habitant et/ou son entourage auront pu visiter l'établissement ainsi que rencontrer le directeur et une cheffe de service. Un contact téléphonique (au minimum) aura eu lieu avec la psychologue et un membre de l'équipe infirmière pour échanger sur les conditions d'accueil, l'état d'esprit de l'habitant et de ses proches et leurs attentes respectives afin de suivre au mieux ces desideratas dès l'arrivée. Lors de l'emménagement dans la structure, IDE et coordonnateur de projet se présentent également afin d'être clairement identifiés par l'habitant et son entourage.

En effet, l'habitant peut convier son proche ou sa famille quand il le souhaite : pour une activité, un repas, une animation spécifique (thé dansant, festivités...) ou de façon plus régulière encore. L'ensemble de l'équipe encourage cette présence et ces liens au quotidien.

Pour les proches qui vivent à distance, différentes publications (la Gazette de l'Ostal, la page Facebook de l'établissement...) sont accessibles en ligne et leur permettent de voir en image les activités quotidiennes de chacun. La période pandémique a permis de renforcer des actions de maintien du lien psychoaffectif à distance qui étaient déjà instaurées : échanges téléphoniques ou appels Visio accompagnés si nécessaires, soutien pour l'échange épistolaire ou par mail...

La mise en place et le renouvellement régulier du projet personnalisé d'accompagnement permet aussi de favoriser l'implication de l'entourage de l'habitant, en accord avec ses choix.

Enfin, comme nous l'avons vu, le conseil de vie sociale, qui se réunit tous les 3 mois, est notamment composé de représentants des familles. De plus, dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement, plusieurs réunions ont eu lieu afin d'aborder deux thèmes majeurs (les valeurs et les orientations stratégiques) ; les familles des habitants étaient conviées, au même titre que les habitants eux-mêmes et les membres du personnel.

Afin de favoriser encore un peu plus l'implication des familles et le soutien vis-à-vis de celles-ci, il existe des groupes de paroles dédiés aux familles, permettant à la fois d'exposer certains aspects spécifiques de l'accompagnement à l'Ostal mais aussi de favoriser les échanges entre les aidants non-professionnels, soutenus par les professionnels.

2.f) La nature de l'offre de service et son organisation

2.f.1) Service soins – AS-AMP

Le service « soins » est composé d'une équipe d'aides-soignant(e)s, d'Aides-médicopsychologiques et d'Assistant Educatif et Social. Ce service intervient de 6h45 à 21h15. Il est relayé par l'aide-soignant(e) de nuit qui est présent(e) de 21h et 7H.

Les professionnels du service soins sont formés et diplômés. Certains d'entre-eux effectuent leur cursus de formation au sein de l'EHPAD-EEPA, par voie d'apprentissage, de professionnalisation ou en Validation des Acquis et de l'Expérience (VAE). Ils coordonnent leurs interventions durant les transmissions auxquelles ils participent tous les jours. Ces professionnels travaillent sous la responsabilité de la Cheffe de Service et ils suivent les indications du médecin coordonnateur, des médecins traitants et du service infirmiers.

Le service soins propose des soins d'hygiène et de confort. Les professionnels du service cherchent à établir une relation de confiance afin que le temps des soins soit bénéfique et vécu positivement. Durant les soins, les professionnels préservent l'intimité de l'habitant. Le soignant considère que la chambre de l'habitant est son domicile. Ainsi, il respecte ses choix, son environnement et son rythme. L'organisation des soins (fréquence des douches, heures de la toilette...) est déterminée avec l'habitant. Les réunions de transmissions ainsi que les projets personnalisés permettent d'adapter la prise en soin à l'évolution des attentes et des besoins des habitants. Une attention centrale est portée sur l'avis de l'habitant et son état psycho affectif est quotidiennement pris en compte. Le service soin effectue une évaluation continue de l'état générale de santé des habitants afin d'adapter ses interventions et d'informer les infirmiers, les médecins et la famille.

La famille de l'habitant est le premier partenaire de l'équipe soignante. Les professionnels considèrent également que la qualité des soins est favorisée par la relation de confiance que nous établissons avec la famille et l'habitant. Les informations transmises par les familles sont essentielles. L'équipe soignante veille également à informer la famille dès lors que l'état de l'habitant le nécessite.

Chaque soignant anime une activité à destination des habitants. Elles sont organisées selon les principes de la méthode Montessori afin de maintenir et de développer l'autonomie et le bien être des habitants. La cheffe de service veille à ce que les activités soient diversifiées. Ainsi, des activités peuvent être individuelles et collectives, en chambre ou dans les lieux communs et à destination des habitants les plus démunis et les plus autonomes.

L'équipe soignante coordonne les projets personnalisés dont la psychologue est la garante. Cette coordination s'organise lors des réunions cliniques (1 fois par semaine) et à l'occasion des temps de préparation planifiés tous les 15 jours. Ainsi, chaque soignant a la responsabilité de l'accompagnement de plusieurs habitants : nous les nommons communément les « référents ». Le référent est l'interlocuteur privilégié de l'habitant concerné, de sa famille et de son représentant légal. Il réalise certaines tâches pour l'habitant comme ses courses, sa vêture, et il l'accompagne à l'extérieur de l'établissement en fonction de ses demandes ou de ses rendez-vous.

La qualité du travail de l'équipe soignante est liée à sa bienveillance et à son engagement. Les enquêtes annuelles de satisfaction nous indiquent que les interventions des soignants sont appréciées et reconnues. Les professionnels adhèrent à la méthodologie d'accompagnement dite « humanitude ». Ils sont formés chaque année aux principes de la bientraitance. Ils partagent les valeurs associatives en plaçant l'habitant au centre des décisions. L'équipe soignante témoigne d'un profond respect à l'égard des habitants, de leur histoire et de leur famille. Ce préalable permet d'établir une relation soignante au bénéfice de l'habitant, de son bien-être, de ses demandes et de son adhésion à l'accueil au sein de l'établissement.

2.f.2) Service ASH, Lingerie et Maitresse de maison

L'établissement s'inscrit dans un processus de désanitarisation de ses locaux et de son offre de service. L'évolution de l'intitulé des fonctions traduit cette évolution. Ainsi, les Agent de Services Hospitaliers sont nommés Agents de Service Hôteliers.

Le service Agents de Service Hôteliers est composé d'une équipe de 8.15 ETP. Ces professionnels interviennent du lundi au dimanche, en journée et la nuit. Ils sont responsables de l'entretien des espaces communs et des chambres des habitants. Ils effectuent le service des repas et participent aux événements institutionnels. Les ASH travaillent sous la responsabilité du chef de service hôtelier. Les ASH ont une relation de proximité avec les habitants.

L'entretien des chambres des habitants s'effectue dans le respect de l'intimité et de l'agencement de cet espace privé. La chambre de l'habitant est son domicile. Les ASH apportent une attention particulière aux biens des personnes ainsi qu'à la salubrité de son lieu de vie. Le service ASH applique les principes de la méthode Montessori et de l'approche Humanitude.

Le service ASH élabore un plan d'entretien des locaux avec le chef de service. Il met en œuvre des plans d'hygiène adaptés aux situations sanitaires (épidémies, BMR...). Il dispose de produits d'entretien conformes et validés par l'équipe mobile d'hygiène du GHT Est-Hérault Sud-Aveyron. Pour certains entretiens spécifiques (vitres...), le service travaille avec des prestataires extérieurs.

Le service ASH prépare les petits déjeuner et les gouters. Il effectue un service « à la carte », en chambre ou en salle à manger. Ainsi, nous respectons les rythmes des habitants et ses habitudes alimentaires. Une attention particulière est apportée aux textures indiquées par le service médical.

Le service ASH participe aux réunions de service, aux réunions générales, à la commission repas et aux réunions poids.

La lingerie

L'établissement dispose d'une lingerie interne pour le linge personnel des habitants, les nappes et les rideaux. Le linge de lit ainsi que les tenues professionnelles sont traités auprès d'un prestataire extérieur.

L'entretien du linge associe les habitants selon l'approche Montessori. Ainsi, les habitants qui le souhaitent interviennent en lingerie pour plier et trier le linge. Ces activités s'organisent également dans les autres espaces de l'établissement : pliage des serviettes, étendage, mise des nappes...)

La mise en place de la fonction de Maitresse de maison

Le recrutement d'une maitresse de maison est un objectif cité dans la convention tripartite que nous avons signée avec le département et l'ARS en 2016. Il était convenu de « désigner et former » une maitresse de maison.

Ce métier est essentiel au sein d'un EHPAD et d'un EEPA. Habituellement, les effectifs des EHPAD comprennent une « gouvernante » ou une « maitresse de maison ». Ce n'est pas le cas pour l'EHPAD l'Ostal du lac.

La mise en place de cette fonction nous permettrait d'accompagner les habitants dans le maintien de leur autonomie. La maitresse de maison serait garante de l'ambiance « familiale » des lieux. Elle concourt à la désanitarisation de l'établissement et propose des ateliers « MONTESSORI » durant lesquels les habitants s'approprient leur nouveau lieu de vie. La maitresse de maison favorise l'adhésion à l'accueil et représente un lien essentiel entre le précédent domicile de l'habitant et son nouveau lieu de vie.

Elle améliore l'état général de l'établissement en prenant la responsabilité de l'entretien et du bon état du matériel hôtelier, du mobilier, des végétaux, du linge de maison, des éclairages... Elle améliore l'état général des habitants en stimulant leur autonomie, leur appétit et leur bien-être.

Cette fonction ne peut pas se mettre en place à moyens constants, car nous ne disposons pas de marge dans notre effectif d'Agent de Service Hospitalier.

En 2021 et en 2022, le recrutement d'emplois aidés nous a permis d'obtenir des produits complémentaires. Ces produits ont été utilisés pour mettre en place, partiellement et sur une durée déterminée, cette fonction. L'ensemble des habitants, des familles et du personnel s'accorde à dire que cette expérience est positive : nous devons la faire perdurer par l'obtention de son financement pérenne.

2.f.3) Service Nuit

L'équipe de nuit assure la surveillance et les soins des habitants entre 21h et 7h. Il est composé de 2 aides-soignants ainsi que de 2 ASH qui assurent l'entretien des espaces communs durant la nuit : salle de restauration, couloirs, salles d'activités...

L'équipe de nuit bénéficie d'un temps de transmissions de 21h à 21h15 et de 6h45 à 7h. Cette coordination essentielle avec l'équipe de jour permet de :

- Signaler les problèmes rencontrés la nuit
- Rendre compte des surveillances spécifiques
- Transmettre les observations et les points de vigilance

L'équipe de nuit assure la surveillance générale de l'établissement et elle répond aux appels extérieurs. L'organisation de « tournées » permet d'assurer une surveillance régulière et adaptée. A cette occasion, l'équipe de nuit réalise des changes et des soins en fonction des besoins et des demandes des habitants.

L'équipe de nuit peut être amenée à réaliser l'accompagnement au coucher des habitants qui souhaitent veiller.

À compter de 2023, l'équipe de nuit bénéficiera du dispositif d'infirmiers mutualisés de nuit entre plusieurs EHPAD d'un même territoire. Elle s'appuie d'ores et déjà sur l'astreinte assurée par les cadres et le médecin coordonnateur en cas de besoin technique ou médical.

2.f.4) Service Cuisine

L'établissement dispose d'une cuisine et de 3 cuisiniers. Les repas sont préparés sur place selon une organisation qui prévoit :

- Le respect des normes d'hygiène et du cadre réglementaire
- La consultation des habitants pour l'élaboration des menus
- La prise en compte des besoins nutritionnistes et des indications médicales pour favoriser une bonne santé ou s'adapter à un besoin
- L'adaptation des textures, la stimulation de l'appétit et le maintien de l'autonomie
- La familiarisation des repas dans un cadre hôtelier

Le respect des normes d'hygiène et du cadre réglementaire induit une application stricte des normes HACCP, la formation des cuisiniers et la connaissance des attentes de la loi « égalim ».

La consultation des habitants pour l'élaboration des menus s'effectue à l'occasion des commissions repas, en CVS, au cours d'enquêtes de satisfaction et lors des réunions animées par le service « animation ».

La prise en compte des indications médicales s'effectue lors des transmissions, lors des commissions menus et par la coordination entre le chef cuisinier coordinateur, l'infirmier référent nutrition, le médecin coordonnateur, la maitresse de maison et l'AMP chargée des plans de table.

L'adaptation des textures et la stimulation de l'appétit se traduit par la proposition de plats retexturés, en assiette et remoulés selon la technique « manger main » lorsque l'habitant peut en bénéficier. Une importance particulière est apportée aux saveurs, aux couleurs, à l'organisation de l'assiette ou à la forme des moules pour les aliments retexturés. Des condiments et des toppings sont utilisés pour stimuler l'appétit et augmenter les saveurs.

Enfin, pour renforcer le caractère familial des repas dans un cadre hôtelier, nous proposons des menus dont les habitants ont envie. Le service s'effectue à l'assiette et la vaisselle proposée peut être « ancienne » selon les salles à manger. Nous changeons progressivement nos serviettes afin qu'elles soient taillées dans un tissu domestique (à carreaux par exemple...) et nous proposons des plans de table par « affinités », bien que cela soit parfois long à mettre en place (car les relations s'établissent avec le

temps). Nous proposons toujours du vin et un large choix de boissons chaudes. Les gouters sont « maison » bien qu'il arrive également que les habitants préfèrent des pâtisseries industrielles. Nous veillons à ce que le moment du repas soit un temps convivial, apaisé et agréable.

Chaque habitant choisi son lieu de repas : en chambre ou dans l'une des deux salles à manger. Le petit déjeuner est également servi dans l'endroit choisi par l'habitant, et à l'heure où il se réveille. En effet, l'heure des repas peut s'adapter au rythme des habitants, tout comme l'accompagnement que nous pouvons proposer afin d'aider l'habitant, de le stimuler ou d'apporter une surveillance particulière.

Enfin, l'établissement dispose de tables « invités » et d'une salle à manger traditionnelle afin que les habitants puissent organiser leurs repas de famille. Afin d'encourager la venue des familles, l'établissement ne facture pas les 5 premiers repas servis à ces occasions.

2.f.5) Service IDE

Le service infirmier intervient tous les jours, de 6h45 à 21h15 en semaine et de 7h30 à 19h30 le week-end. L'équipe est composée de 4 professionnels dont 1 infirmier coordinateur.

Le service infirmiers effectue des soins techniques, spécifiques et de nursing. Il organise la distribution des traitements médicamenteux et s'assure de la réactualisation des prescriptions.

Les infirmiers élaborent un plan de soins lors de l'admission de l'habitant. Ils coordonnent les interventions de l'équipe médico-sociale composée par les aides-soignantes et les aides-médecos-psycho-logiques. Ils actualisent le suivi de l'état de santé des habitants lors des réunions de transmissions notamment. Ils utilisent le logiciel NETSoins pour l'ensemble de la traçabilité du suivi médical, en lien avec les autres services, les médecins traitants, les laboratoires, la pharmacie et tout autre intervenant médical ou paramédical.

Les infirmiers sont les premiers interlocuteurs du médecin coordonnateur et des médecins traitants dont ils organisent les visites au sein de l'établissement. Ils s'assurent de la transmission des informations médicales aux familles et aux responsables légaux.

Le service infirmiers planifie les réunions de surveillance des poids. Il coordonne le suivi des plaies et des états douloureux. Il s'appuie sur les partenariats mis en place avec les équipes mobiles gérotopsychiatriques, la HAD, le réseau « plaies et cicatrifications » ou encore l'équipe d'hygiène du CHU de Montpellier. Il organise les campagnes de vaccination et de dépistage en s'appuyant, également, sur l'équipement de télémédecine et de téléodontologie de l'établissement.

Les infirmiers concourent à l'éducation thérapeutique des habitants. Ils favorisent l'autonomie de l'habitant et font preuve d'une écoute empathique et de conseils à l'égard des habitants, des autres professionnels et des familles.

Les infirmiers répondent aux urgences médicales en assurant les premiers soins et en coordonnant la prise en soin de l'habitant. Ils garantissent le respect des attentes des habitants et de leur famille dont les directives anticipées, la mise en place des soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie.

2.f.6) Service animation

Le service animation est composé de 3 animateurs. 2 de ces postes sont financés par l'EEPA, le troisième poste est financé par l'EHPAD. Cet effectif permet d'assurer une présence du service du lundi au dimanche, de 9h15 à 18h.

L'équipe d'animateur établit un planning d'activités hebdomadaire. Il est réactualisé chaque année en fonction des attentes et des besoins des habitants. Ce planning propose des activités de stimulation cognitive (atelier mémoire, quizz, médiathèque...), des activités motrices (gym douce, promenade, piscine...), des activités sociales (jeux de société, sorties, ateliers discussion, café de 10 heures...) des activités quotidiennes pour renforcer l'autonomie (cuisine, atelier tricot, tri sélectif ...), des activités de bien-être (soin des mains, balade...) et des activités festives (lotos, thés dansants...).

Une réunion est proposée aux habitants chaque semaine, afin qu'ils participent à l'élaboration du planning d'activités. Les activités prévues par les projets personnalisés sont organisées chaque semaine (ou toutes les deux semaines), avec des groupes de participants établis avec le médecin et la psychologue de l'établissement. Ainsi, certains habitants participent, par exemple, à certains ateliers toutes les semaines.

Certaines activités sont organisées selon la méthode Montessori, afin de renforcer l'autonomie et la réussite. Le service animation met à disposition des jeux, des magazines ainsi que des espaces permettant aux habitants de s'occuper, de façon autonome. L'équipe animation veille à l'ambiance de l'établissement en activant les bornes musicales, en éclairant les lampes feutrées des salons et en effectuant une veille auprès des habitants qui auraient tendance à ne pas sortir de leur chambre.

Le service animation organise également des prestations proposées par des professionnels extérieurs. Il a également développé des liens privilégiés avec les acteurs du territoire afin de proposer des partenariats intergénérationnels (CLSH, crèche, Cap Ado, écoles primaires...) se concrétisant par des rencontres, des activités partagées et des correspondances. Ainsi, nous participons également aux célébrations nationales et aux journées de mémoire organisées par les instances politiques et les associations d'anciens combattants. Le service animation veille à ce que tous les habitants soient inscrits sur les listes électorales afin que chacun puisse exercer sa citoyenneté. Nous apportons une importance particulière à l'expression de chacun et à la dignité permise par le droit de vote.

Ces partenariats permettent également l'intervention de bénévoles (VMEH) et de socio-esthéticiennes (Ecole Sylvia Terrade) ainsi que la venue de stagiaires (BPJEPS, STAPS, Art thérapeute...).

Le service animation permet la participation de l'établissement à « la semaine bleue », au repas des aînés (avec la ville du Crès), au café des amis (avec un autre établissement), à la semaine du goût, au

marché de Noël, au spectacle de l'Agora (métropole de Montpellier). Cette ouverture sur l'environnement de l'EHPAD-EEPA se traduit également par la publication de la Gazette de l'Ostal sur le site web de la ville du Crès, par l'actualisation quotidienne de notre page Facebook. L'établissement souhaite ouvrir un Tiers Lieux en partenariat avec le club des aînés de la ville du Crès afin de renforcer l'ouverture de l'établissement sur son environnement.



Les animateurs participent aux réunions de transmissions deux fois par semaine, afin de s'informer de l'état des habitants et de participer aux réponses qui leur sont apportées lorsque leurs besoins évoluent. Ils bénéficient de temps de préparation et de réunions afin de coordonner l'action du service. Ils s'appuient également sur les propositions et la participation des autres services pour certaines activités qui sont co-animées avec un soignant ou un ASH par exemple.

2.f.7) Service Administratif

Le service administratif est le premier interlocuteur des habitants nouvellement admis, des familles et des visiteurs. Les professionnelles qui le composent apportent une importance capitale à la qualité de l'accueil. En effet, l'Ostal du lac souhaite recevoir les personnes accueillies de façon empathique, conviviale et rassurante. L'équipe administrative guide les familles et les habitants dans leurs démarches. Elle

transmet et reçoit les informations relatives à l'organisation des visites, à la vie de l'établissement et à l'administration des admissions. Ce service assure la comptabilité générale de l'établissement ainsi que la gestion administrative du personnel. Sa charge de travail conséquente induit une organisation précise, de l'adaptabilité ainsi qu'une disponibilité importante. Le service administratif a établi un recueil de procédures actualisées ainsi qu'une méthodologie de classement des documents et des archives. Il est garant du respect des procédures comptables, de gestion des ressources humaines et de sécurité en ce qui concerne l'accès à l'établissement. Ses membres ont la possibilité de télétravailler lorsque la situation le nécessite et le permet. L'évaluation externe réalisée en 2020 souligne la qualité du travail de ce service mais également sa charge de travail. Dans le cadre de ce projet 2022-2027, la gestion stratégique du service administratif recherchera l'augmentation de ses moyens humains, la distribution automatique des appels entrants, l'aménagement de l'accueil, la réorganisation des archives, la mise en place de procédures d'orientation des professionnels en fonction des demandes formulées (afin qu'elles ne convergent pas toutes vers le service).

2.f.8) Service Direction

L'équipe de direction est composée des cadres de l'établissement : Le directeur, les trois chefs de services, le médecin, la psychologue et l'infirmier coordinateur.

L'équipe de direction se réunit toutes les semaines afin de coordonner et d'évaluer l'action de l'ensemble des services. Elle s'appuie sur un projet managérial qui fixe des objectifs, priorise l'action et veille à la cohérence des réponses apportées par les membres de la direction et l'ensemble des professionnels de l'établissement. L'équipe de direction veille au respect des valeurs associatives et des attentes des habitants et de leurs familles. Elle exerce un pouvoir réglementaire qui se décline à travers les plans de sécurité (plan bleu, plan de crise sanitaire, DARI, DUERP...), le règlement de fonctionnement, les notes d'instruction, les contrats de travail et le projet d'établissement.

L'équipe de direction bénéficie de moyens de coordination et de contrôle de l'action : Calendrier de réunions, classification des documents, utilisation d'un logiciel de traçabilité des soins et des prescriptions, tableaux de bord, fiches de fonction et organigramme, entretiens professionnels, présence des cadres journalières (même le week-end) ... L'équipe direction participe aux réunions quotidiennes de transmissions médicales, cliniques et techniques.

L'équipe de direction est garante du bon climat institutionnel et de la qualité de l'offre de service. Elle se préoccupe de la santé des habitants et de leur bien-être. Elle apporte une importance particulière à l'adhésion à l'accueil au sein de l'établissement et elle s'appuie sur la capacité d'attention de l'ensemble des professionnels pour y veiller. L'équipe de direction associe et informe les habitants à ses réflexions et à ses décisions en réunissant régulièrement le Conseil de Vie Sociale et en communiquant à chaque fois que cela est nécessaire.

La qualité de l'offre de service est étroitement liée à la qualité de l'accompagnement des personnels. Ainsi, l'équipe de direction apporte une importance majeure au dialogue social et la Qualité de Vie au

Travail. Ceci se traduit par la mise en place d'un Plan annuel d'Amélioration des Conditions de Travail, par le renouvellement des aides techniques, par la formation et les soutiens des personnels dans leur projet professionnel et par la recherche d'un équilibre vie privée/vie professionnelle. La qualité du management et du climat social est évaluée tous les 2 ans au cours d'une enquête sur les Risques Psychosociaux mandatés par les Instances Représentatives du Personnel.

EHPAD, SSIAD & FEPA l'Ostal du Lac
 Pôle adulte handicapé et personnes âgées

adages
 humainement engagée

**Mon passeport
 santé et bien-être au travail
 2023 - 2024**

Mes référents
 Santé et Bien-être
 à l'Ostal du Lac

- **Référente Qualité RH:**
Mme SABATINI Sophie
- **Référente Risques Psychosociaux:**
Mme SABATINI Sophie
- **Référente Risques Musculo-squelettiques:**
Mme RAMEAU Marion
- **Référente Handicap:**
Mme CHARLANDIE Séverine
- **Référente Formation et Parcours Professionnel:**
Mme SINTES Marie-Pierre
- **Référent Harcèlement:**
M. VIDAL Lionel
- **Référente Addiction:**
Mme BENATTAR Elise
- **Référente Happiness:**
Mme CLAUZON Fabienne

*Passeport à présenter
 aux praticiens lors des séances!*

Ce passeport est individuel et non cessible
 Financé avec le soutien de mon CSE & de l'ARS

Une inscription aux cours de sport
 «Training Outdoor» pour 43 séances.
 Coach sportif :
M. SAINT DIZIER Romain
 Tous les vendredis à 12h15
Je sors mes baskets et je fonce!

Une séance de **réflexologie** plantaire
 à réaliser auprès de **SOLENE CISZAK**
 Je prends mon rendez-vous au :
 06 68 93 84 17
 • J'ai rendez-vous le :
Et je présente mon passeport!

Une participation aux semaines
 du bien-être organisées à l'EHPAD.
 • Je peux proposer une activité
 qui sera mise en place pour tous :
 je la note dans la salle du personnel

Une inscription au cours de Pilates
 pour 43 séances
 animée par **M. MAURETTE Alexandre**
 Tous les lundis à 14h30

+

Une séance d'**Ostéopathie** à réaliser
 auprès de **M. COUILLARD Loïc**
 Je prends mon rendez-vous au :
 06 26 11 15 03
 • J'ai rendez-vous le :
Et je présente mon passeport!

+

Un soin «**reiki**» à réaliser
 auprès de **Mme. SAUTEDE Laurie**
 Je prends mon rendez-vous au :
 06 65 15 40 31
Et je me détends!

L'équipe de direction travaille sous la responsabilité et l'autorité du directeur de l'établissement. Ses membres exercent une autorité technique et/ou disciplinaire à l'égard des professionnels. Elle s'appuie sur la présence de 5 coordinateurs :

- L'infirmier coordinateur des soins
- L'animateur coordinateur de l'animation
- La coordinatrice de l'accueil de jour
- La coordinatrice du service administratif
- Le coordinateur du service hôtelier

L'équipe de direction soutient l'engagement des professionnels en étant elle-même engagée. Elle considère que l'accueil au sein de l'établissement est une nouvelle étape de la vie, qui permet, sans acharnement ni résignation, de répondre aux nouveaux besoins et aux attentes des habitants. Elle soutient que le projet personnalisé est la direction vers laquelle l'ensemble des professionnels convergent, avec l'habitant et ses proches. L'intérêt de l'habitant oriente ses décisions afin que l'EHPAD-EEPA soit un lieu de vie paisible, une réponse adaptée et un soutien à l'égard des aidants.

L'équipe de direction affirme son intention de garantir un accompagnement bienveillant ainsi que sa fermeté et l'absence de tolérance face à la violence et à toute forme de maltraitance à l'égard des habitants, des aidants et des professionnels.

2.f.9) Service Ergothérapie

L'ergothérapeute a une fonction importante dans la préservation de l'autonomie des habitants dans les différents actes de la vie quotidienne et donc dans l'évaluation de leurs capacités, particulièrement pour la toilette, les repas et les déplacements avec la prévention du risque de chutes. Ces évaluations sont effectuées selon les besoins, à l'entrée dans l'établissement de l'habitant, à la demande des équipes ou lorsque la situation de santé de l'habitant change. Elles se réalisent, selon les tâches, en collaboration avec les équipes (toilettes évaluatives sur l'EHPAD, VAD sur le SSIAD) ou en séance individuelle (repas thérapeutiques, bilans chutes). De ces évaluations peuvent découler des séances d'apprentissage de stratégies de compensation, de la formation à l'utilisation du matériel préconisé, des temps d'éducation thérapeutique, des adaptations environnementales, de la signalétique... mais également un accompagnement auprès des équipes dans leur prise en soin de l'habitant.

Sur un plan cutané, l'ergothérapeute joue un rôle important dans la prévention et le traitement des troubles posturaux et escarres en collaboration avec les équipes IDE, aides-soignants et ASH. Il va ainsi évaluer et préconiser du matériel en fonction de la situation, mettre en place des aides au positionnement, ajuster les surfaces thérapeutiques de traitement des escarres et réaliser des formations aux équipes (utilisation du matériel, adaptation posturale lors des repas, adaptation des repas...).

Ainsi, au-delà des préconisations, une mission essentielle de l'ergothérapeute est la gestion et l'entretien du matériel; du parc locatif comme du parc appartenant à l'établissement : fauteuils roulants et

accessoires, dispositifs de positionnement, aides techniques aux transferts, aux repas, à la marche, contentions... Dans ce cadre, il fait le lien avec les différents prestataires pour rechercher du matériel à louer ou à acheter, s'assure d'avoir du stock...

De façon continue, l'ergothérapeute assure la formation, le conseil et l'éducation des équipes et habitants sur des problématiques rencontrées. Ainsi, il intervient auprès des équipes pour de la formation « gestes et postures » dans le cadre de la prévention des TMS, éducation à l'ergomotricité, troubles de la déglutition... et adapte le matériel nécessaire (postes de travail, chariots de soins, rails au plafond...).

Aussi, l'ergothérapeute coordonne certains intervenants libéraux comme les orthophonistes ou les intervenants de sport adapté afin de faire le lien entre ces professionnels, le médecin traitant et la structure. Il centralise les demandes et répartit les habitants auprès de ces professionnels et en assure les suivis.

Enfin, l'ergothérapeute participe aux projets personnalisés comme facilitatrice. Dans ce cadre, l'ergothérapeute organise les réunions de projet (avec tuteurs, coordonnateur de projet et l'habitant) qu'il anime ou coanime avec la psychologue. Il assure également tout au long de l'année le suivi des objectifs des projets et vient en soutien aux coordonnateurs de projets en cas de besoin.

2.f.10) Service Coordination Médicale

Le médecin coordonnateur est garant du projet de soin de l'établissement.

Il effectue une sélection des demandes d'admission puis programme, en lien avec le directeur et la psychologue, les admissions en conjuguant les besoins en soins avec les moyens de l'établissement.

Le médecin coordonnateur fait le lien avec le médecin traitant lorsqu'il est choisi par l'habitant ou désigné par son responsable légal. Dans ce cas, le médecin coordonnateur accompagne les familles dans le choix du médecin traitant en fonction du profil pathologique des habitants. En effet, la mixité des populations accueillies au sein de l'Ostal du lac requiert des savoirs faire spécifiques et des partenariats spécialisés.

Le médecin coordonnateur s'appuie sur le service infirmiers pour l'organisation des rendez-vous, les demandes de consultations, la gestion des ordonnances, les commandes, la réception et le contrôle des médicaments et la gestion des situations urgentes

Le médecin coordonnateur effectue la coordination médicale et utilise le logiciel NETsoins. Toutes les prises en charge, prescriptions, observations, transmissions y sont notées. Le médecin coordonnateur effectue une analyse des transmissions trois fois par semaine, afin d'évaluer les problématiques de santé nécessitant des avis médicaux et spécialisés.

Le médecin coordonnateur est responsable de la validation des girages effectuées par l'IDEC en collaboration avec les soignants ainsi que du « Pathos » (évaluation des besoins en soins) qui est sous son entière responsabilité.

Le médecin coordonnateur s'assure de l'organisation des visites des médecins traitants auprès des infirmiers. Il anime les commissions gériatriques et il s'assure de la complémentarité de son action avec les autres médecins, conformément au décret qui présente sa fonction et ses missions.

Les axes institutionnels de prévention

Prévention bucco-dentaire : incidences sur la nutrition, et les infections associées. Développement de la télédentisterie. Un infirmier référent est nommé.

Prévention sensorielle (visuelle et auditive notamment avec examens réguliers par des spécialistes et bilan ophtalmologique annuelle dans la structure.

Prévention de la dénutrition avec surveillance mensuelle du poids des habitants, surveillance biologique des protéines sériques et bilans de la déglutition avec révision régulière des textures et apports caloriques requis. Un infirmier référent est nommé.

Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse en concertation avec les médecins traitants et à travers une surveillance particulière des effets secondaires relatifs à certains médicaments.

Prévention des chutes par le maintien des capacités motrices, la rééducation des troubles de l'équilibre (kinésithérapie, psychomotricité et activités physiques adaptées) et le respect des conditions de sécurité requises.

Prévention de la douleur à travers l'utilisation des échelles d'évaluations adaptées aux capacités d'expression des habitants (EVS, ALGO + ECPA DOLO+...) et la traçabilité des résultats dans le DSI.

Prévention du risque infectieux par la mise en œuvre des protocoles du CCLIN liés au respect des règles d'hygiène dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (mesures standards et mesures complémentaires, tenue des salariés et hygiène des mains, élimination des DASRI, déclarations des épisodes contagieux, hygiène du linge et des locaux) – Un infirmier référent est nommé.

Développement des actions thérapeutiques non médicamenteuses par la mise en place d'activités socio thérapeutiques animées par l'équipe AS-AMP, par la médiation animale, la musicothérapie, les animations institutionnelles (thés dansants...)

2.f.11) Service Psychologique

La mission principale de la psychologue est de participer activement au bien-être des habitants de l'établissement, dans le respect du code de déontologie des psychologues. Pour ce faire, elle met en place des entretiens cliniques et développe des accompagnements psychothérapeutiques directement auprès des habitants. En parallèle, ses actions transversales auprès des familles, des équipes et au sein de l'équipe de direction, soutiennent la prise en compte de l'intégrité psychique et mentale de tout individu accueilli.

La psychologue est notamment garante, en partenariat avec l'ergothérapeute (facilitatrice) de la mise en place et du suivi des objectifs définis dans le cadre du projet personnalisé d'accompagnement de l'habitant (cf. L'élaboration des projets personnalisés).

Avant même l'entrée au sein de l'établissement, la psychologue prend contact avec l'habitant et/ou ses proches afin de recueillir un maximum d'informations sur son histoire de vie et ses habitudes quotidiennes. Ces informations sont ensuite transmises à l'ensemble de l'équipe dans le cadre d'une réunion animée en collaboration avec l'infirmière, et un document est laissé à disposition pour que chacun puisse en prendre connaissance.

De plus, la psychologue peut proposer des entretiens individuels ponctuels ou réguliers auprès des habitants, avec la mise en place d'activités thérapeutiques personnalisées aux besoins spécifiques de la personne. Une évaluation des capacités cognitives et du fonctionnement thymique, ainsi qu'un bilan du comportement (réalisé en collaboration avec l'équipe soignante) est nécessaire afin d'adapter au mieux l'accompagnement proposé.

En parallèle, la psychologue propose des échanges avec les familles pour favoriser la compréhension des éventuels troubles observés et les soutenir dans l'évolution de l'état général, et notamment cognitif, de l'habitant. La reprise des groupes de parole pour les familles serait également bienvenue, en accord avec les possibilités liées à la pandémie. Dans le cadre de la fin de vie, le soutien est particulièrement renforcé auprès de l'habitant et de ses proches, mais aussi auprès des autres habitants qui ont pu tisser un lien particulier avec la personne mourante.

La psychologue est aussi une ressource pour les équipes, qu'elle accompagne sur leurs réflexions éthiques lors d'une réunion clinique hebdomadaire. Les membres du personnel peuvent aussi faire appel à la psychologue de façon individuelle, s'ils se sentent en difficulté face à une situation au sein de l'établissement (décès d'un habitant, questionnement sur un accompagnement...). Enfin, la psychologue propose au moins une formation par an pour l'ensemble de l'équipe, sur un thème en lien avec la bientraitance, les pathologies neurodégénératives et leurs conséquences, la gestion des comportements défaits... Elle est en lien avec les médecins traitants et psychiatres qui suivent les habitants concernés.

La psychologue fait aussi le lien entre les intervenants extérieurs dans le cadre de médiation thérapeutique (médiation animale, musicothérapie, socio-esthétique...) et le fonctionnement de l'établissement. Elle participe à la mise à jour de la liste de participants, en accord avec les choix des habitants ainsi qu'avec les observations des équipes et des prestataires.

Enfin, la psychologue, en tant que cadre fonctionnel de l'établissement, est également impliquée au sein des réunions institutionnelles, notamment les réunions de direction, certains comités de pilotage, les réunions de transmissions... Au sein de ces différentes instances, la psychologue insiste, le cas échéant, sur le respect de la dimension psychique et sur les capacités cognitives des habitants, afin de toujours maintenir un accompagnement le plus adapté à la personne.

Le développement et l'homogénéisation des connaissances dans l'utilisation de la méthode Montessori adaptée aux aînés est un des axes stratégiques que la psychologue soutient, étant elle-même déjà formée.

2.f.12) Service Accueil de Jour

Le Service d'Accueil de Jour et d'Echanges (SAJE) permet d'accueillir des habitants en journée, du lundi au vendredi. Ces accueils peuvent être séquentiel ou complet. Le service propose également d'effectuer une évaluation de la capacité des habitants à vivre en collectivité. Ce service dispose de 6 places à destination du public de l'EEPA (Personnes en situation de Handicap Vieillissante), et une dizaine de habitants y sont accueillis (file active).

L'équipe de l'accueil de jour est composée d'une coordinatrice du service et d'une ergothérapeute à temps partiel. L'accueil de jour bénéficie du plateau technique de l'EHPAD-EEPA. Ainsi, les infirmiers, le médecin coordonnateur et les animateurs interviennent auprès des personnes accueillies.

L'accueil de jour est une alternative à l'hébergement au sein de l'EHPAD-EEPA. Ce service favorise le maintien des personnes accueillies au sein de leur domicile ou dans leur établissement d'accueil (foyers d'hébergement, EAM...). Il permet également de proposer une admission progressive par le biais de l'accueil temporaire de l'EHPAD, lorsque le maintien à domicile devient plus difficile. Ainsi, ce service offre de la souplesse et favorise l'adhésion des habitants à leur accueil.

Le service contribue au développement et au maintien de l'autonomie des personnes accueillies. Il permet une veille sociale et thérapeutique tout en dynamisant le quotidien. En effet, le service propose des activités socio thérapeutiques qui favorisent la socialisation, l'épanouissement des personnes accueillies et leur communication. Des activités individuelles et en groupe sont proposées. L'accueil de jour peut

organiser certaines rééducations durant le temps d'accueil, tel que la kinésithérapie et l'orthophonie (intervention libérale).

La coordinatrice du service élabore un projet personnalisé d'accompagnement avec les bénéficiaires et leur famille. Ce projet s'appuie sur les évaluations interdisciplinaires réalisées avant l'admission (rencontre avec les professionnels qui interviennent auprès de la personne, rencontre avec la famille...). Il fait état des attentes du bénéficiaire afin que l'accueil de jour soit un levier dans le projet de vie de la personne. En effet, nous constatons que l'accueil de jour permet une intégration douce au sein de l'EHPAD-EEPA. La majorité de ses bénéficiaires sollicite de l'accueil temporaire puis de l'hébergement permanent.

L'accueil de jour met à disposition ses compétences spécifiques à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. Il s'appuie sur un réseau de partenaires (établissements, psychiatrie...), sur une équipe formée et sur l'histoire associative et l'expérience de l'ADAGES dans le champ du handicap. L'équipe de l'accueil de jour adhère à la méthodologie d'accompagnement dite « humanitude ». Elle est formée chaque année aux principes de la bientraitance. Elle est reconnue pour la qualité de son accompagnement et pour le soutien apporté aux aidants.

2.f.13) Service Technique

Le service technique de l'établissement est composé d'un professionnel. Ce service occupe une place centrale essentielle au bon fonctionnement de l'EHPAD-EEPA. Il est chargé de :

- Coordonner et gérer l'ensemble des installations relative à la sécurité. Ainsi, le responsable technique assure le suivi des équipements et des contrats de maintenance. Il garantit la traçabilité des visites de contrôle et des entretiens dans le registre de sécurité.
- Veiller au bon fonctionnement des équipements et au suivi des investissements dont les véhicules, l'installation électrique, le groupe électrogène, la chaufferie et les systèmes informatisés de contrôle des flux.
- Assurer la gestion des achats, conformément aux exigences légales (marchés publics) et dans la recherche d'un coût adapté aux moyens budgétaires et financiers de l'établissement. Ainsi, le responsable technique a recours aux marchés négociés et il représente l'établissement lors des négociations.
- La gestion des assurances (suivie et déclaration de sinistres)
- Assurer le suivi des consommations, de l'ensemble des énergies, et alerter en cas de défaillance ou de surconsommation. Le service technique s'inscrit dans une démarche responsable en participant au comité associatif RSO et en incitant une utilisation éco responsable des équipements de l'établissement.
- Gérer les stocks dont les protections hygiéniques, les produits d'entretien, les équipements individuels de protection et le matériel administratif.
- Gérer le suivi et les commandes de linges (draps plats, tenue du personnel).

- Assurer les réparations et la maintenance dans les différents corps d'état du bâtiment, en électricité, en plomberie, en installation sanitaire, en carrelage, faïence, et tout ce qui est menuiserie et réparation de portes et fenêtres.

Le service technique répond aux demandes de réparations ou d'installation des habitants. Il veille à maintenir un bon niveau d'écoute à leur égard

2.g) Les principes d'intervention

2.g.1) L'accompagnement de la fin de vie

Lorsque l'état général d'un des habitants de l'Ostal se dégrade, l'ensemble de l'équipe échange à ce sujet de façon transdisciplinaire, afin de pouvoir mettre en place un accompagnement individualisé en fonction des habitudes et des plaisirs de la personne :

- Repas spécifiques adaptés aux goûts/textures,
- Soins de confort renforcés en chambre (changement de position, respect du besoin de rester au lit, passages plus réguliers, diffuseur d'huiles essentielles, massage/effleurage...) ou dehors,
- Aménagement des horaires de visites des proches (possibilité de rester au côté de son proche en fin de vie jour comme nuit) ...,
- Mise en place de visite en chambre par les habitants le cas échéant,
- Rencontres régulières avec la famille/les proches par les cadres en renfort,
- Réunion pluridisciplinaire avec médecin traitant, équipe soignante et famille pour réflexion autour des soins en partenariat, éventuellement, avec l'HAD et/ou les soins palliatifs.

Une formation proposée par les soins palliatifs a semblé pertinente, afin de maintenir à jour les connaissances des personnels amenés à accompagner les personnes en fin de vie de la façon la plus confortable possible et permettant l'élaboration et le suivi d'un protocole personnalisable. Cf. protocole fin de vie.

Après le décès

Le cadre (directeur ou cheffe de service), prévenu du décès par les membres du personnel, fait l'annonce à la personne de confiance qui contacte les pompes funèbres afin de mettre en place les démarches nécessaires aux funérailles. Le cadre propose également un accompagnement de la famille dans ces démarches.

En mai 2022, une formation par une thanatopractrice a été réalisée auprès de dix volontaires (AS/AMP/IDE/Cheffe de service/Psychologue) afin de mieux connaître les gestes et les comportements à adopter dans l'accompagnement du défunt et de ses proches.

La toilette mortuaire est réalisée en binôme par deux soignants volontaires. Les membres de l'équipe et les habitants peuvent se recueillir auprès du défunt. La chambre est également préparée. Cf. protocole décès.

L'annonce du décès est faite auprès de tous les habitants, avec une attention plus spécifique pour ceux qui étaient particulièrement proche du défunt. L'ensemble de l'équipe se mobilise pour réaliser cette mission, en accompagnant l'animation, la cheffe de service et/ou la psychologue auprès des habitants. Un lieu de recueil est alors installé à l'entrée de l'établissement. Une photo du défunt et un livret de condoléances sont accessibles. Les membres de l'équipe et les habitants sont invités à y laisser un mot. Celui-ci est transmis à la famille lors des funérailles, accompagné (en accord avec le choix des proches) d'une gerbe de fleurs de la part de l'établissement. Selon le choix de la famille, les habitants et les membres de l'équipe qui le souhaitent peuvent assister aux funérailles. Cf. protocole annonce du décès. Jusqu'à présent, chaque année, à la Toussaint, les habitants peuvent participer à un hommage spécifique pour les défunts : chacun peut écrire un petit mot, un dessin, et l'attacher à un ballon gonflé d'hélium. Une vingtaine de ballons est ainsi lâchée dans le ciel, permettant un dernier hommage. De plus, un arbre du souvenir a été planté dans le jardin de la résidence. Les habitants sont acteur de la valorisation de ce lieu de recueillement.

2.g.4) L'élaboration des projets personnalisés

Le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) « témoigne explicitement de la prise en compte des attentes de la personne (et/ou de son représentant légal) et englobe la question de l'individualisation » (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Synthèse, Anesm, juin 2012). L'ergothérapeute (facilitatrice des PPA) et la psychologue (garante des PPA) sont particulièrement investies dans l'élaboration et le suivi de ces PPA. De plus, chaque habitant a un coordonnateur de projet qui est l'interlocuteur privilégié de l'habitant, de ses proches mais aussi de l'équipe pour favoriser les échanges et l'individualisation de l'accompagnement.

Au sein de l'EHPAD/EEPA, la co-construction du projet se fait en plusieurs étapes :

- Recueil d'informations concernant le futur habitant (habitudes quotidiennes et histoire de vie) auprès de la personne et de ses proches, en amont de son entrée dans l'établissement. Ces informations sont transmises à l'ensemble de l'équipe. (CF annexe : recueil de données – PPA),
- Identification du coordonnateur de projet, responsable de la transmission à l'ensemble de l'équipe, des besoins, souhaits et attentes de l'habitant, ainsi que du suivi des objectifs d'accompagnement définis,
- Rencontres régulières entre les membres de l'équipe (et notamment le coordonnateur de projet) dès les premiers jours au sein de l'Ostal,
- 3 à 6 mois après l'entrée, réunion définissant les objectifs individualisés et personnalisés de l'accompagnement proposé, en suivant le modèle SERAFIN (*participation sociale, soins, autonomie et gestion des risques*). L'habitant est toujours convié à cette réunion, ainsi que ses proches (s'il le souhaite) et son responsable légal le cas échéant. Sont également invités le coordonnateur de projet, animateur, IDE, psychologue et/ou ergothérapeute. Suite à cette réunion, un avenant au contrat de séjour reprenant les différents points abordés est rédigé et proposé à signature aux différents participants (cf. annexe avenant au contrat de séjour – PPA)

- Tous les ans (ou plus, selon l'évolution de l'état de santé de l'habitant), une même réunion est organisée pour établir de nouveaux objectifs. Entre ces réunions, l'équipe fait un point régulier pour connaître l'avancée des actions à mener.

2.h) Les professionnels et les compétences mobilisées

L'équipe de l'Ostal du lac dispose de compétences spécifiques et adaptées aux besoins du grand-âge. Les axes stratégiques de ce projet d'établissement expliquent également certains objectifs dont : la réussite de la cohabitation entre les deux populations accueillies, l'ouverture de l'établissement sur son territoire, le développement des approches non médicamenteuses et le renforcement de la coordination médicale. Enfin, certains professionnels occupent deux métiers tels que : les ASH veilleurs de nuit, les AS veilleurs de nuit, l'animateur coordinateur, la cheffe de service référente qualité ou la secrétaire de direction référente « parcours professionnel ». Ainsi, ces professionnels disposent des compétences des deux fonctions.

Les métiers, les acteurs et les représentants présents à l'Ostal du Lac	Les principales compétences mobilisées
Directeur	Management – Gestion – Vision stratégique en vue d'assurer la pérennité de l'établissement et de garantir le respect des droits fondamentaux des personnes accueillies. Mise en œuvre du projet associatif
Cheffe de service	Management en vue d'assurer la continuité de l'activité et la qualité de l'accompagnement
Médecin	Diagnostic, suivi et coordination des soins autour de l'habitant Accompagnement et pédagogie à l'égard des professionnels et des familles
Psychologue	Evaluation, écoute et coordination des besoins et attentes autour du projet personnalisé. Accompagnement et pédagogie à l'égard des professionnels et des familles
Coordinateur	Mise en lien des services, mobilisation des professionnels et coordination de l'action – Management
Infirmier	Mise en œuvre des indications médicales – Observation de l'état de santé des habitants – Compétences techniques relatives aux soins spécifiques – Accompagnement des autres soignants
Aide-soignant	Compétences techniques et relationnelles relatives aux soins quotidiens et à la prise en soin des habitants. Relation avec les familles. Stimulation sociale des habitants.
Aide-médico-psychologique Assistant éducatif et Social	Compétences techniques et relationnelles relatives à la prise en soin et aux soins quotidiens des habitants. Relation avec les familles. Stimulation sociale des habitants.

Veilleur de nuit	Attention spécifique à l'égard des habitants et gestion des situations d'urgences nocturnes Ces compétences se rajoutent à celles du métiers concernés
Ergothérapeute	Evaluation des besoins et des capacités des habitants afin de favoriser leur autonomie, leur bien-être et leur socialisation. Coordination des orthophonistes- Coordination des projets personnalisés.
Maitresse de Maison	Mise en œuvre de la dimension familiale, conviviale et personnalisée de l'habitat. Maintien de l'autonomie des habitants et proposition d'actions pour favoriser les relations entre les habitants.
Agent de Service Hospitalier (Hôtelier)	Entretien des locaux privatifs et collectifs. Distribution des repas et participation au maintien de l'autonomie des habitants. Adaptation des interventions au rythme des habitants.
Animateur	Mise en œuvre d'un panel d'activités et d'animations adaptées aux attentes et aux besoins des personnes accueillies. Développement de partenariats au bénéfice des habitants. Ouverture de l'établissement sur son territoire. Lutte contre le sentiment d'isolement et l'ennui.
Secrétaire	Accueil des habitants et des visiteurs. Orientation des demandeurs vers les services et administration générale de l'établissement. Organisation des visites de l'établissement. 1 ^{er} interlocuteur des familles. Polyvalence.
Comptable	Tenue des comptes des établissements, enregistrement des pièces comptables et édition des factures. Rigueur dans la gestion budgétaire et financière des moyens de l'établissement. Etablissement de la paie. Polyvalence.
Cuisinier	Préparation des menus sur la base des indications nutritionnelles du médecin et de la diététicienne. Recherche de la meilleure qualité possible des repas et de l'avis des habitants. Animation de la commission repas. Lutte contre la dénutrition et adaptation des textures.
Responsable technique	Entretien général de l'établissement, suivi des fournisseurs, des entreprises et des stocks. Garant des procédures de sécurité et du plan bleu. Réparations du matériel professionnel et des biens des habitants.
Délégué du personnel	Représentativité des professionnels afin de défendre leur intérêt et porter leur parole. Exercice désintéressé de la fonction d'élu afin de permettre un dialogue social au bénéfice de l'offre de service. Responsabilité sur la mise en œuvre du Plan d'Amélioration des Conditions de Travail et de la politique QVT de l'établissement.
Elus au CVS	Représentativité des habitants au sein des instances de décisions tels que le CVS, la commission repas et les comités de pilotage spécifique (projet d'établissement...)
Référent qualité	Assurer le suivi des plans d'action d'amélioration continue de la qualité dont : Le PAQC des évaluations internes et externes, le DUERP, Le PACT
Référent RPS	Ecoute, analyse et traite les situations à risque. Propose des actions préventives.
Référent harcèlement	Ecoute, analyse et traite les situations de harcèlement. Propose des actions préventives.

Référent TMS	Ecoute, analyse et traite les situations à risque. Propose des actions préventives.
Référent addictions	Ecoute, analyse et traite les situations à risque. Propose des actions préventives.
Référent Parcours professionnel et formation	Ecoute et accompagne les projets professionnels.
Référent Handicap	Ecoute, oriente et favorise l'inclusion des personnes en situation de handicap. Propose les actions de sensibilisations nécessaires.
Référent Happiness	Concourt à la bonne humeur institutionnelle – propose des actions qui favorisent les liens, qui dynamisent le quotidien et qui luttent contre le pessimisme.
Darwin, Puce et les autres animaux de l'établissement	Participent à la désanitarisation de l'établissement en donnant un caractère familial à l'établissement. Cajolent les habitants.

2.i) Les partenariats

L'Ostal du lac a établi des relations partenariales et égalitaires avec plusieurs acteurs du territoire. Ces partenariats nous permettent de :

- Proposer des soins adaptés aux besoins des habitants (HAD, Soins Palliatif, plaies et cicatrises, psychiatrie...)
- Permettre une continuité de parcours en amont, en aval ou au cours de l'accueil au sein de l'établissement et du SSIAD (CHU, ESMS, clinique, SSR...)
- Valoriser et promouvoir le rôle de l'établissement sur son territoire (Professionnels libéraux, CCAS, centre de formation...)
- Proposer des activités souhaitées par les habitants (Club des aînés, Centre de loisir, bénévoles...)
- Compléter notre offre de service en intégrant des compétences complémentaires (stagiaires STAPS, Ecole de socio-esthétique, musicothérapie...) et des dispositifs territoriaux d'appui (astreintes IDE de nuit, DAC34, CPTS...)
- Renforcer nos compétences et évaluer la qualité de notre offre de service (équipe mobile d'hygiène du CHU, Equipe mobile de psychiatrie, instituts de formation...)
- Participer aux réponses apportées aux situations d'urgences et « sans solution » de notre territoire

La liste des partenariats conventionnés est en annexe.

2.j) La démarche qualité

L'Adages a développé une politique d'amélioration continue de la qualité, conforme au cadre réglementaire de ses activités, et mise en œuvre à l'échelle associative et à l'échelle de chaque établissement.

A l'échelle associative, un pôle Qualité, Développement et RSO vient en appui aux établissements et service de l'Adages par l'élaboration et la mise en œuvre d'outils transversaux :

- Outils méthodologiques : charte de bientraitance, guide de démarche qualité, guide signalement des événements indésirables, guide contention, recueil des procédures associatives,

- Pilotage associatif : comité de pilotage dédié, groupes de travail thématiques autant que de besoin,
- Formations dédiées à l'amélioration continue de la qualité dans le plan de formation mutualisé : signalement et traitement des événements indésirables, démarche qualité et gestion des risques, référentiel d'évaluation nationale, méthode de l'accompagné traceur.

A l'échelle de l'établissement (EHPAD et EEPA) et du service (SSIAD), un pilotage opérationnel de la démarche qualité est assuré par :

- Deux référents qualité nommés sur la base d'une fiche de mission associative adaptée à l'activité de la structure. L'un est référent sur l'offre d'accompagnement, l'autre est référent sur les ressources humaines.
- Plusieurs comités de pilotage Qualité sont organisés au moins deux fois par an et composés de : l'équipe de direction, le référent qualité et les référents du domaine concerné : délégués du personnel, référents santé et bien-être, référents RSO...
- Une charte Bientraitance et plusieurs documents qualité ont été élaborés, partagés et actualisés autant que de besoin. Ils sont tous référencés et accessibles.
- Un plan d'amélioration continue de la qualité élaboré sur la base des rapports d'évaluation, des bilans des rapports d'activité, du bilan du projet d'établissement, des résultats d'enquêtes de satisfaction ou recueil d'expérience... Il est évalué et actualisé au moins une fois par an par le comité de pilotage Qualité de la structure. Les modalités de mises en œuvre de chaque action y sont précisées et un pilote est nommé.
- Un recueil et des classeurs des procédures sont accessibles à tous les professionnels, les familles et les visiteurs de la structure.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, la structure doit répondre aux nouvelles dispositions réglementaires en matière d'évaluation. Ainsi, selon le référentiel national d'évaluation de la HAS, le calendrier d'évaluation de la structure a fait l'objet d'une publication par la ou les autorités de tarification et de contrôle compétentes. D'après ce calendrier, l'évaluation de la structure est programmée en 2026. Avant cette phase d'évaluation, la structure réalisera une autoévaluation sur la base du référentiel national d'évaluation de la HAS.

Enfin, l'Association Adages a souhaité en 2022 doter ses établissements et services d'un logiciel qualité permettant notamment un suivi optimisé du plan d'amélioration continue de la qualité, du traitement des événements indésirables, la réalisation d'une autoévaluation et la gestion électronique des documents.

2.k) La démarche RSO

L'Ostal du lac participe à la mise en œuvre du programme ambitieux de l'Association ADAGES. L'établissement participe au comité stratégique RSO qui détermine les actions associatives du volet environnemental, organisées autour de 5 thématiques :

1. Construire durable et pratiquer les écogestes.
2. Favoriser la mobilité durable.
3. Réduire nos déchets
4. Favoriser le tri des déchets et leur réemploi.
5. Acheter responsable

L'établissement organise des « COPIL écolos » qui associent le Conseil de Vie Sociale et met en œuvre la politique associative. Les actions suivantes sont issues de ce groupe de travail :

- Changement de la nature des éclairages – passage en LED
- Location d'un véhicule électrique
- Installation de grooms sur les ouvertures
- Mise en œuvre de la loi « Egalim »
- Ateliers sur les gestes écoresponsables
- Plantation de végétaux méditerranéens

Concernant le volet social de la RSO, l'intégration volontaire des préoccupations sociales se traduit par un projet managérial qui cherche à :

- Rappeler l'importance des Instances Représentatives du Personnel et du dialogue social
- Favoriser l'équilibre vie privée / vie professionnelle
- Encourager une bonne ambiance entre les professionnels
- Être flexible dans la gestion des congés
- Proposer un management moins stressant
- Former les professionnels afin de développer les compétences
- Soutenir les pratiques qui favorisent une bonne santé
- Encourager et soutenir les projets professionnels
- Encourager l'autonomie dans le travail
- Comprendre les situations de blocage
- Refuser toute forme de violence
- Lutter contre les résistances

Sur le plan économique, la démarche RSO s'appuie sur la stratégie managériale puisqu'elle considère que le capital humain est la première richesse de l'établissement. Elle est un vecteur de pérennisation de l'activité de l'établissement, sur le moyen et long terme. Elle induit une gestion saine, au service des personnes accueillies. Elle considère que la relation de confiance établie avec ses financeurs s'appuie sur une gestion sincère et précise des dotations publiques et des paiements des habitants.

3. BILAN DU PRECEDENT PROJET D'ETABLISSEMENT (OBJECTIF PAR OBJECTIF) ET DU CONTEXTE ACTUEL

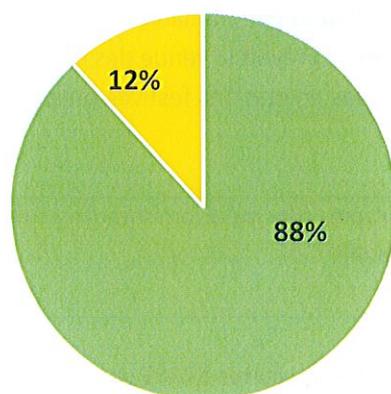
L'année 2021 a été la dernière année de mise en œuvre de la convention tripartite de l'EHPAD l'Ostal du lac. Nous entrons dans une période de dialogue budgétaire afin d'aboutir à la contractualisation d'un C-POM permettant une synergie entre l'EHPAD, l'EEPA et le SSIAD.

Ainsi, ce bilan est à considérer comme un bilan général de la mise en œuvre de la convention 2016-2021 et du projet d'établissement.

Ce bilan s'appuie sur des indicateurs et des éléments de preuves disponibles et présentés à l'occasion de l'évaluation externe réalisée en 2021 :

- Comptes rendus de réunion et de formation
- Enquêtes de satisfaction
- Plan de Développement des Compétences
- Plan d'Amélioration des Conditions de Travail
- Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
- Document d'Analyse du Risque Infectieux
- Bilans sociaux – Enquêtes Risques Psycho-Sociaux
- Comptes-Administratifs
- Feuilles d'émargements
- Photographies

Bilan des objectifs du projet d'établissement 2016 -2021



■ Objectifs atteints ■ Objectifs partiellement atteints

1	Poursuivre la formation de l'animatrice en prévention des risques professionnels aux méthodes d'analyse des risques
	La formation a été réalisée et les connaissances de la formatrice sont réactualisées
2	Pérenniser les séances d'analyse des pratiques en cours depuis 2015
	L'analyse des pratiques est organisée (séances mensuelles). Des groupes d'analyse et de supervision supplémentaires sont proposés à la demande ou lorsqu'une situation le nécessite (crise sanitaire, décès...)
3	Former l'ensemble des salariés aux gestes et postures et à la prévention des risques
	Un recyclage est proposé chaque année à l'ensemble des professionnels. Des formations approfondies PRAP2S sont proposées chaque année à une partie du personnel (roulement)
4	Pérenniser les formations de thérapies non médicamenteuses
	<p>Indicateurs (2016)</p> <p>Snoezelen : poursuivre l'acquisition de matériel de stimulation sensorielle et développer le nombre de séances individuelles et collectives effectuées – réalisé</p> <p>Humanitude : Etendre la formation humanitude auprès des soignants et à l'équipe de l'animation – réalisé</p> <p>Montessori : procéder à la formation progressive de l'équipe – réalisé</p> <p>Bientraitance : diffuser la charte de bientraitance aux salariés et programmer des actions de formation en interne – réalisé</p> <p>Les professionnels sont formés, sensibilisés et accompagnés dans l'intention de proposer un accompagnement bienveillant, attentionné et digne des personnes accueillies. L'analyse des pratiques et les réunions cliniques complètent une offre de formation importante, renouvelée et élargie à l'ensemble des services. Les approches non médicamenteuses sont favorisées par des ateliers hebdomadaires : musicothérapie, médiation animale, socio-esthétique et des activités animées selon les principes de la méthode Montessori et de l'approche humanitude. Le planning des animations est élaboré chaque semaine avec les habitants. Il prévoit la venue des enfants du centre de loisir de la ville, un partenariat avec le club des aînés, des animations festives ouvertes au public et des ateliers cognitifs et moteurs.</p>
5	Mise en œuvre des thérapies non médicamenteuses + médiation animale + jardin thérapeutique et parc animalier
	<p>Indicateurs (2016)</p> <p>Jardin thérapeutique : Intégration des stagiaires STAPS dans la conception du futur jardin thérapeutique, son circuit et son accessibilité – réalisé</p> <p>Parc animalier : Création du parc cet investissement des habitants – réalisation partielle</p> <p>Médiation animale : Poursuivre les séances mises en place depuis aout 2016 – réalisé</p> <p>Le jardin thérapeutique est aménagé et apprécié pour ses sols souples, sa fontaine, sa barre de marche et des plantations. L'établissement accueille un chien depuis 2018, ainsi que des tortues, des</p>

	poissons et des chats installés à l'intérieur. La mise en place d'un « parc animalier » n'est pas réalisable en ces termes, mais l'établissement héberge des animaux et permet aux habitants d'être admis avec leur animal de compagnie. Les ateliers de médiation animale (hebdomadaire) ainsi que la venue d'une ferme mobile (plusieurs fois par an) permettent un contact avec des animaux de ferme.
6	Généralisation et systématisation des bilans gériatriques et bucco-dentaire à l'entrée
	<p>Indicateurs (2016)</p> <p>Bilans bucco dentaires : La mise en place de la télé-dentisterie permet la réalisation de ces bilans, en lien avec la FAC dentaire de Montpellier.</p> <p>Bilans gériatriques : Action débutée en 2016 en collaboration avec Antonin BALMES et à pérenniser via une sensibilisation des médecins traitants</p> <p>Les bilans gériatriques sont organisés en fonction des besoins, ils ne sont pas systématisés. Une convention de partenariat avec une équipe mobile gériatrique (CHU - Antonin BALMES) facilite cette organisation.</p>
7	Organiser la prévention des chutes sur trois axes collaboratifs : STAPPS, Kinés et consultation chutes à BALMES
	<p>Indicateurs (2016)</p> <p>STAPS : Pérenniser l'accueil de stagiaire en master 2 afin de poursuivre les actions de prévention des chutes</p> <p>Kinésithérapeute : Sensibilisation des professionnels libéraux à la rééducation des troubles de l'équilibre</p> <p>Consultation Chute Antonin BALMES : Adresser systématiquement les habitants chuteurs à la consultation chute avec suivi et coordination des actions mises en place</p> <p>Le partenariat avec la faculté de sport se poursuit. L'établissement a bénéficié du programme « CAPACITY » financé par l'ARS et permettant l'intervention d'un animateur en activité physique adapté. Du matériel spécifique a été financé pour favoriser la rééducation à la marche : dynamico et verticalisateur.</p>
8	Optimiser les actions de réadaptation avec l'Ergothérapeute
	<p>Indicateurs (2016)</p> <p>Recruter un ergothérapeute – réalisé</p> <p>Mettre en place un projet de réadaptation à travers des séances et des préconisations d'aides techniques – réalisé</p>
9	Prévenir la dénutrition à travers un travail sur la qualité, la texture et la présentation des aliments
	<p>Indicateurs (2016)</p> <p>Désigner une infirmière référente alimentation – réalisé</p> <p>Poursuivre les pesées mensuelles et les réunions poids - réalisé</p>

	<p>Mettre en place une réflexion sur l'appétence des aliments – réalisé</p> <p>Poursuivre les commissions menues – réalisé</p> <p>Poursuivre les repas thérapeutiques en petits groupes en élaborant les menus avec les habitants – réalisé</p> <p>Poursuivre les ateliers cuisine – réalisé</p> <p>Le niveau de satisfaction des habitants quant à l'alimentation est élevé. La mise en place du « manger main » permet de renforcer l'appétence des productions mixée. L'acquisition de moules originaux et de condiments « gourmands » (vinaigre framboise, sel aux cèpes...) facilitent l'alimentation des habitants les plus démunis. Les pâtisseries servies aux gouters sont « maison ». Les pesées mensuelles constatent que les situations de dénutrition sont rares.</p>
10	<p>Elaboration d'une enquête de satisfaction annuelle auprès des habitants et de leur famille –</p> <p>Réalisé et enquête présentée chaque année au CVS, aux partenaires et aux professionnels</p>
11	<p>Création d'un groupe de parole destiné aux familles et supervisé par la psychologue</p> <p>Réalisé</p>
12	<p>Intégrer au recueil de données d'admission les habitudes de vie des habitants</p> <p>Réalisé</p>
13	<p>Poursuivre les évaluations à domicile et en amont de l'entrée en établissement</p> <p>Réalisé</p>
14	<p>Améliorer la prestation hôtelière en désignant et formant une maitresse de maison référente de la qualité des prestations hôtelières</p> <p>Nous avons formé et désigné une maitresse de maison qui occupe ce poste (pour 0.63 équivalent temps plein). Bien que cet objectif soit partagé avec les financeurs, ce poste n'est pourtant pas financé malgré nos demandes lors des budgets prévisionnels.</p>
15	<p>Désigner et former un IDE référent Hygiène</p> <p>Réalisé</p>
16	<p>Former un référent Hygiène : Poursuivre la mise en application des protocoles du CCLIN dans le champ de l'hygiène</p> <p>Un partenariat avec l'équipe d'hygiène du CHU de Montpellier favorise la formation des soignants et des ASH. Plusieurs interventions annuelles sont organisées. Le référent Hygiène est désigné.</p>
17	<p>Réactualisation du DARI : Rédiger une procédure d'utilisation des antiseptiques et engager une concertation avec les médecins traitants sur le choix des antibiotiques prescrits</p> <p>Le DARI est réactualisé en partenariat avec l'équipe mobile d'hygiène du CHU. Le médecin coordonnateur permet la concertation avec les médecins traitants sur les prescriptions.</p>

4. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2021-2025 EN COHERENCE AVEC LE PROJET ASSOCIATIF

Engagements	Actions	Fiches actions
1. Porter une politique de QVCT pérenne et renforcer l'attractivité de l'établissement	Plan d'Amélioration des Conditions de travail Annuel Proposition et évaluation des actions de QVCT par les IRP Formation des référents santé et bien-être au travail	N° 1
2. Renforcer la coordination du projet de soin	Nommer un infirmier coordinateur et solliciter le financement de son statut « cadre »	N° 2
3. Augmenter le taux d'encadrement de l'équipe soignante, le week-end	Négociation budgétaire conformément aux coupes Pathos et GMP Mise en œuvre du Rapport EL KHOMRI	N° 3
4. Favoriser la bienveillance, la communication et l'adhésion à l'accueil	Développer les méthodes de communication augmentée, la méthode Montessori et l'approche Humanitude Mettre en œuvre les activités médico-éducatives afin de proposer un programme d'animation spécifique et à destination des habitants les plus dépendants	N° 4
5. Mettre en place la fonction de maitresse de maison et développer l'autonomie des habitants	Demander l'application de la convention tripartite Négociation budgétaire dans le cadre du CPOM	N° 5
6. Favoriser une ambiance hôtelière et « Désanitariser » l'EHPAD (notamment le 1er étage de l'établissement)	Engager une réflexion sur le port des blouses Poursuivre les aménagements des locaux Personnaliser les portes d'entrées des chambres	N° 6
7. Ouvrir l'établissement sur son environnement par la création d'un Tiers Lieu	Définir le projet et les attentes avec le CVS, les familles et les parties prenantes (CCAS, club des aînés...) Déterminer les besoins et rechercher les financements Communiquer sur l'activité du tiers lieu pour le rendre attractif	N° 7
8. Inscrire l'établissement dans des engagements écoresponsables	Elargir le comité de pilotage RSO aux habitants et au IRP Mettre en œuvre le compostage Poursuivre les investissements écoresponsables Responsabiliser les professionnels et les habitants à travers des actions pédagogiques	N° 8

		institutionnelles (atelier, référents, sensibilisation, formation...) Mettre en œuvre la loi « égalim »	
9.	Obtenir une concession	Prévoir le financement de la sépulture Solliciter la mairie afin d'obtenir un emplacement Etablir un partenariat pour l'entretien et la gestion du caveau	N° 9
10.	Développer l'offre de service dans le cadre des négociations du CPOM	Prévoir la construction de locaux pour l'accueil de jour et proposer une augmentation non significative de cette activité Proposer la création d'une place supplémentaire sur l'EHPAD afin de financer certaines fonctions manquantes : maitresse de maison, coordination de l'hôtellerie, renfort du service administratif, financement des astreintes médicales Réfléchir à une prestation de repas livrés à domicile Evaluer la mise en place d'un tarif différencié	N° 10

4.a) Plan d'actions

Fiche action n°1	<p>Porter une politique de QVCT pérenne et renforcer l'attractivité de l'établissement Echéance : Dès 2023 Unité/Groupe concerné(e) : Cadres, Coordinateurs et Professionnels de l'établissement Responsable institutionnel : Directeur et responsable qualité RH</p>
Fiche action n°2	<p>Renforcer la coordination du projet de soin Echéance : Janvier 2024 Unité/Groupe concerné(e) : Equipe médicale et paramédicale Responsable institutionnel : Dr Ridouan OUADDAH – Directeur</p>
Fiche action n°3	<p>Augmenter le taux d'encadrement de l'équipe soignante, le week-end Echéance : Janvier 2024 Unité/Groupe concerné(e) : Equipe médicale et paramédicale Responsable institutionnel : Directeur</p>
Fiche action n°4	<p>Favoriser la bientraitance, la communication et l'adhésion à l'accueil Echéance : Dès 2023 et pluriannuel Unité/Groupe concerné(e) : Cadres, Coordinateurs et Professionnels de l'établissement Responsable institutionnel : Mary CHOQUERT et Elise BENATTAR</p>
Fiche action n°5	<p>Mettre en place la fonction de maitresse de maison et développer l'autonomie des habitants Echéance : Janvier 2024 Unité/Groupe concerné(e) : Cadres, Coordinateurs et Professionnels de l'établissement Responsable institutionnel : Directeur et Marie-Pierre SINTES</p>
Fiche action n°6	<p>Favoriser une ambiance hôtelière et « désanitariser » L'EHPAD (notamment le 1^{er} étage de l'établissement) Echéance : 2025 Unité/Groupe concerné(e) : Cadres, Coordinateurs et Professionnels de l'établissement Responsable institutionnel : Fatima DE CAMPOS – Mary CHOQUERT- Marion RAMEAU</p>
Fiche action n°7	<p>Ouvrir l'établissement sur son environnement par la création d'un Tiers Lieu Echéance : Second semestre 2023 Unité/Groupe concerné(e) : Cadres, Coordinateurs et Professionnels de l'établissement Responsable institutionnel : Directeur – Thomas DESSAY – Vanessa PEREZ</p>
Fiche action n°8	<p>Inscrire l'établissement dans des engagements écoresponsables Echéance : Dès 2023 et pluriannuel Unité/Groupe concerné(e) : Cadres, Coordinateurs et Professionnels de l'établissement Responsable institutionnel : VIDAL Lionel – BENOIT Jean-Claude – DESSAY Thomas – CLAUZON Fabienne</p>
Fiche action n°9	<p>Obtenir une concession Echéance : 2025 Unité/Groupe concerné(e) : Cadres, Coordinateurs et Professionnels de l'établissement Responsable institutionnel : Directeur</p>
Fiche action n°10	<p>Développer l'offre de service dans le cadre des négociations du CPOM Echéance : 2023-2027 Unité/Groupe concerné(e) : Professionnels de l'établissement, Siège, Association, financeurs Responsable institutionnel : Directeur</p>

4.b) Fiches actions incluant les critères d'évaluation de chaque action

FICHE ACTION N°1 Porter une politique de QVCT pérenne et renforcer l'attractivité de l'établissement

Objectifs

Adapter les réponses managériales aux tendances générationnelles

Prévenir les risques liés à l'usure professionnelle

Renforcer l'attractivité par le biais d'un équilibre entre les nécessités de service et l'équilibre vie privée / vie professionnelle

Renforcer le rôle, la responsabilité et l'intérêt des IRP pour les actions et les innovations visant l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail

Lien avec le projet associatif et ces 8 engagements prioritaires du projet associatif 2019-2024 :

1. Délivrer des prestations de qualité
2. Expérimenter pour répondre à de nouveaux besoins
3. Mobiliser des instances associatives en capacité de porter le projet associatif
4. Conforter un management transversal et s'engager à mieux prendre en compte la dimension environnementale dans une démarche de Responsabilité Sociétale des Organisations.
5. Moduler les ressources humaines au service du projet
6. Optimiser la gestion des ressources financières et du patrimoine immobilier.
7. Communiquer sur le sens de notre action et nos savoirs faire

Lien avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre

Constituer un Comité de Pilotage « innovation RH »

Mettre en œuvre l'ensemble des outils dont nous disposons : projet managérial, entretiens professionnels, méthodologies de régulation, analyse des bilans sociaux, enquêtes RPS

Etablir des supports d'auto-évaluation de la fatigue, des compétences, de la motivation, du sens de l'action, du sentiment d'appartenance et de l'équilibre vie professionnelle/vie privée

Développer une dynamique de recherche autour des RH

Stimuler le désir d'innover afin d'adapter en continu le management aux particularités des personnels (âges, niveau de qualification, particularités relationnelles...)

Les moyens à mobiliser : Constitution du Comité de pilotage « incubateur des nouvelles pratiques de travail et de management » - Formation des managers : Direction et coordonnateurs

Les échéances Dès 2023 – pluriannuel

Les critères d'évaluation : indicateurs du bilan social - Mise en place d'outils et évaluation : PACT, Grille d'auto-évaluation...

Le pilote de la fiche action

Directeur – référent qualité RH

FICHE ACTION N°2 - Renforcer la coordination du projet de soin

Objectifs

Transmettre aux familles les informations relatives aux soins
Automatiser les liens entre les médecins traitants et les familles des habitants
Faciliter la mise en œuvre des indications médicales
Favoriser l'utilisation de NETSOINS par l'ensemble des professionnels du soin
Mettre en œuvre des actions d'éducation thérapeutique
Proposer une coordination de proximité du service infirmier

Lien avec le projet associatif

Conformément à ces 3 engagements prioritaires de l'ADAGES :

- Délivrer des prestations de qualité
- Moduler les ressources humaines au service du projet
- Disposer d'un système d'information à hauteur des enjeux

Lien avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre

Nommer un coordinateur des soins – Cette fonction peut être occupée par l'infirmier coordinateur
Organiser les liens fonctionnels et hiérarchiques du coordinateur des soins à l'égard de l'équipe soignante. La participation du coordinateur des soins à la réunion de direction peut être envisagée. Le statut « cadre » de cette fonction doit être questionné lors des négociations budgétaires permises par le CPOM.
Assurer une information à l'ensemble des intervenants dont les professionnels libéraux

Les moyens à mobiliser

Création d'un poste d'IDEC Cadre, mutualisé avec le SSIAD.

Les échéances

Janvier 2024

Les critères d'évaluation

Création du poste
Niveau de satisfaction des familles et des habitants – enquêtes de satisfaction annuelles
Niveau de satisfaction des professionnels de santé – enquêtes de satisfaction
Nombre d'actions d'éducation thérapeutique proposées
Contenu du logiciel NETSOINS et utilisation par les professionnels libéraux
Participation de l'IDEC aux réunions de direction

Le pilote de la fiche action

Dr Ridouan OUADDAH – Directeur

FICHE ACTION N°3 – Augmenter le taux d’encadrement de l’équipe soignante, le week-end

Objectifs

Améliorer la prise en soin

Augmenter le temps passer auprès des habitants

Lien avec le projet associatif et Conformément à ces 3 engagements prioritaires de l’ADAGES :

- Promouvoir les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité
- Délivrer des prestations de qualité
- Moduler les ressources humaines au service du projet

Lien avec le Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre

Solliciter les moyens budgétaires conformément à la coupe GMP/Pathos réalisée en 2020 et dans le cadre des négociations budgétaires ouvertes par le CPOM

Inciter et soutenir les politiques publiques qui vont dans le sens de l’amélioration des moyens des EHPAD conformément au rapport EL KHOMRI

Inscrire cette action dans le Plan d’Amélioration des Conditions de Travail (PACT)

Les moyens à mobiliser

Création d’un poste d’aide-soignant pour l’équivalent de 28 heures hebdomadaires effectuées le week-end

Les échéances

Janvier 2024

Les critères d’évaluation

Création du poste

Niveau de satisfaction des familles et des habitants – enquêtes de satisfaction annuelles

Taux de réalisation du PACT

Le pilote de la fiche action

Directeur de l’établissement

FICHE ACTION N°4 Favoriser la bienveillance, la communication et l'adhésion à l'accueil

Objectifs

Développer les méthodes de communication augmentée et les Interventions Non Médicamenteuses

Favoriser l'appropriation des lieux et l'autonomie des habitants

Lutter contre le sentiment de solitude et la perte des repères

Lien avec le projet associatif et ces 3 engagements prioritaires du projet associatif 2019-2024 :

1. Promouvoir les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité
2. Délivrer des prestations de qualité
3. Moduler les ressources humaines au service du projet

Lien avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre

Développer les méthodes de communication augmentée,

Développer la méthode Montessori

Mettre en œuvre l'approche Humanitude

Mettre en œuvre les activités médico-éducative

Proposer un programme d'animation spécifique et à destination des habitants les plus dépendants

Les moyens à mobiliser

Formation et sensibilisation du personnel - Association des habitants et des familles

Adaptation des plannings du personnel

Les échéances

Dès 2023 et pluriannuel

Les critères d'évaluation

Enquêtes de satisfaction - Diminution des comportements problèmes - Evaluation des participations des habitants aux activités – nombre de professionnels formés

Le pilote de la fiche action

Mary CHOQUERT et Elise BENATTAR

FICHE ACTION N°5 Mettre en place la fonction de maitresse de maison et développer l'autonomie des habitants

Objectifs

Favorisation l'autodétermination des habitants par le développement de leur autonomie au quotidien

Désanitarisation de l'accompagnement

Lien avec le projet associatif et conformément à ces 4 engagements prioritaires :

1. Promouvoir les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité
2. Délivrer des prestations de qualité
3. Expérimenter pour répondre à de nouveaux besoins
4. Moduler les ressources humaines au service du projet

Lien avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre

Engager le dialogue budgétaire avec le financeur

Conformément à la convention tripartite 2016-2021, la détermination et la formation d'une professionnelle ont été réalisées.

Les moyens à mobiliser

Solliciter le financement du poste.

Les échéances

Janvier 2024

Les critères d'évaluation

Création du poste

Le pilote de la fiche action

Directeur de l'établissement et Marie-Pierre SINTES

FICHE ACTION N°6 Favoriser une ambiance hôtelière et « Désanitariser » l'EHPAD (notamment le 1^{er} étage de l'établissement)

Objectifs

Améliorer l'ambiance des locaux

Créer une atmosphère de lieu de vie, agréable, apaisante et chaleureuse

Diminuer les sensations d'angoisse liées aux ambiances sanitaires

Adopter les codes du domicile pour favoriser l'appropriation des lieux

Renforcer l'adhésion à l'accueil en personnalisant les hébergements des habitants

Lien avec le projet associatif et conformément à ces 5 engagements prioritaires de l'ADAGES :

Promouvoir les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité

Délivrer des prestations de qualité

Adapter l'offre d'accompagnement en l'inscrivant dans son environnement

Expérimenter pour répondre à de nouveaux besoins

Optimiser la gestion des ressources financières et du patrimoine immobilier.

Lien avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre

Engager une réflexion sur le port des blouses et des tenues professionnelles

Proposer une amélioration des circulations de l'étage (murs, éclairage, mobilier)

Proposer une personnalisation des entrées des chambres

Renforcer la signalétique

Les moyens à mobiliser

Réunions et évaluation des positionnements des personnels quant aux blouses

Mobilisation du CVS et des habitants pour les choix relatifs aux aménagements

Elaboration du PPI 2024-2029

Evaluation ergonomique et études des possibilités en termes d'aménagement des espaces, du choix des couleurs...

Echéances : 2025

Les critères d'évaluation

Enquêtes de satisfaction des habitants

Tenues portées par les professionnels

Travaux et aménagements engagés

Le pilote de la fiche action

Fatima DE CAMPOS – Lionel VIDAL – Marion RAMEAU

FICHE ACTION N°7 Ouvrir l'établissement sur son environnement par la création d'un Tiers Lieu

Objectifs

Ouvrir l'établissement sur son environnement

Favoriser les rencontres entre les habitants et les habitants de la ville

Déstigmatiser les EHPAD et renforcer l'attractivité de l'établissement pour faciliter les recrutements

Lutter contre le sentiment de solitude et/ou d'exclusion

Lien avec le projet associatif et 7 engagements prioritaires pris pour les 5 ans de déploiement du projet associatif soit 2019-2024 :

1. Promouvoir les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité
2. Délivrer des prestations de qualité
3. Adapter l'offre d'accompagnement en l'inscrivant dans son environnement
4. Expérimenter pour répondre à de nouveaux besoins
5. Optimiser la gestion des ressources financières et du patrimoine immobilier.
6. Communiquer sur le sens de notre action et nos savoirs faire
7. Disposer d'un système d'information à hauteur des enjeux

Lien avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre : Définir le projet et les attentes avec le CVS, les familles et les parties prenantes (CCAS, club des aînés...)

Déterminer les besoins et rechercher les financements

Communiquer sur l'activité du tiers lieu pour le rendre attractif

Les moyens à mobiliser

Réunir les parties prenantes pour la définition d'une action commune

Rechercher les fonds nécessaires pour ce projet

Etablir un plan de communication « grand public » pour favoriser l'attractivité du projet

Les échéances

Second semestre 2023

Les critères d'évaluation

L'écriture du projet

Les actions de communication

Les actions de recherche de fonds

Le pilote de la fiche action

Directeur – Thomas DESSAY – Vanessa PEREZ

FICHE ACTION N°8 Inscrire l'établissement dans des engagements écoresponsables

Objectifs

Réduire la production de déchets

Réduire la consommation et la déperdition d'énergie

Agir en écocitoyen

Lien avec le projet associatif et ces 4 engagements prioritaires du projet associatif :

1. Délivrer des prestations de qualité
2. Conforter un management transversal et s'engager à mieux prendre en compte la dimension environnementale dans une démarche de Responsabilité Sociétale des Organisations.
3. Optimiser la gestion des ressources financières et du patrimoine immobilier.
4. Communiquer sur le sens de notre action et nos savoirs faire

Lien avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre

Constituer un comité de pilotage RSO élargi aux habitants et au IRP

Mettre en œuvre le compostage des déchets alimentaires

Poursuivre les investissements écoresponsables et permettant une réduction des consommations d'énergie.

Responsabiliser les professionnels et les habitants à travers des actions pédagogiques institutionnelles (atelier, référents, sensibilisation, formation...)

Mettre en œuvre la loi « égalim »

Les moyens à mobiliser

Organisation des comités de pilotage - Equipements à acquérir et actualisation du PPI 2024-2028

Mise en place des -ateliers pédagogiques

Les échéances

Dès 2023 et pluriannuel

Les critères d'évaluation

Nombre de réunions COPIL

PPI 2024-2028

Nombre d'ateliers, de formation et d'actions de sensibilisation

Le pilote de la fiche action

M. VIDAL Lionel, M. Jean-Claude BENOIT, M. Thomas DESSAY, Mme Fabienne CLAUZON

FICHE ACTION N°9 Obtenir une concession

Objectifs

Permettre une inhumation digne des habitants qui ne disposent pas de sépulture

Permettre un lieu de recueillement pour les proches du défunt

Accompagner et rassurer les habitants concernés

Lien avec le projet associatif et 2 engagements prioritaires pris pour les 5 ans de déploiement du projet associatif soit 2019-2024 :

1. Promouvoir les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité
2. Délivrer des prestations de qualité

Lien avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre

Prévoir le financement de la sépulture

Solliciter la mairie afin d'obtenir un emplacement

Etablir un partenariat pour l'entretien et la gestion du caveau

Les moyens à mobiliser

Démarche auprès de la mairie

Inscription de l'investissement au PPI 2024-2028

Recherche de fonds pour financer cette acquisition

Les échéances

2025

Les critères d'évaluation

Courriers adressés au Maire

Obtention de la concession

Le pilote de la fiche action

Directeur de l'établissement

FICHE ACTION N°10 Développer l'offre de service dans le cadre des négociations du CPOM

Objectifs

Poursuivre l'adaptation de l'offre de service à l'évolution des besoins de la population accueillies à l'Ostal du lac. S'inscrire dans les attentes des politiques publiques par le développement stratégique de l'activité de l'EHPAD et de l'EEPA

Lien avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM en cours de contractualisation - 2023

Les actions à entreprendre

Prévoir la construction de locaux pour l'accueil de jour et proposer une augmentation non significative de cette activité

Proposer la création d'une place supplémentaire sur l'EHPAD afin de financer certaines fonctions manquantes : maitresse de maison, coordination de l'hôtellerie, renfort du service administratif, financement des astreintes médicales

Réfléchir à une prestation de repas livrés à domicile

Evaluer la mise en place d'un tarif différencié

Les moyens à mobiliser

Déterminer un comité de pilotage qui préparera le dialogue budgétaire permis par la négociation du CPOM

Les échéances

2023-2027

Les critères d'évaluation

Le contenu du CPOM

Le pilote de la fiche action

Directeur de l'établissement – Directeur Général

5. METHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU NOUVEAU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Étapes clés	Date	Mission dans l'élaboration/actualisation du PE/PS	Composition
Mise en place d'un Comité de pilotage	Réunions : 4	Définition de la méthodologie Animation des groupes de travail Rédaction	Equipe de direction, Ergothérapeute, Psychologue, Médecin et coordinateurs
Constitution de groupe de travail	Nombre moyen de réunions : 21 3 réunions générales participatives : - 24 mai 2022 - 6 septembre 2022 - 10 octobre 2022	Travail sur les valeurs et redéfinitions des missions et des objectifs. Mise en commun des objectifs et des idées de l'ensemble des parties prenantes : habitants, familles, CCAS, élus, siège social, professionnels, libéraux	Tous les personnels CSE CVS Familles CCAS Siège – pôle évaluation qualité Elus
Consultation du CVS	Lors des réunions générales puis : 16 septembre 2022 8 juin 2022 – réunion de finalisation	Expression des attentes des habitants	CVS
Présentation au Directeur général	31 janvier 2023	Validation des objectifs stratégiques	Directrice du pôle qualité Directeur de l'établissement Directeur général
Consultation de la commission gériatrique	26 janvier 2023	Présentation de l'axe médical du projet et de la coordination des intervenants libéraux	Equipe de direction Médecin traitant Kinésithérapeute Ergothérapeute
Consultation du CSE	Lors des réunions générales puis : 6 juillet 2022 1 ^{er} juin 2023 – CSE de finalisation	Expression des attentes des professionnels et validation des objectifs stratégiques	CSE
Présentation aux instances associatives	Bureau : 9 mai 2023 CA : 25 mai 2023	Validation du projet	Membres du Bureau Membres du CA