

**DÉLIBÉRATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE D'ÉCULLY**

N° 2026 – 33

SÉANCE DU 25 JUIN 2026

Date de convocation du conseil d'administration : 19 juin 2026

Nombre d'administrateurs en exercice au jour de la séance : 17

Président de séance : Madame Laure DESCHAMPS

Membres présents : Mme Laure DESCHAMPS ; M. Vincent FRIDRICI ; Mme Colette BONIN ; Mme Patricia GARCIA (jusqu'à 19h30) ; M. Pierre COTE ; Mme Marie-Agnès CHALANCON-FERNANDES ; Mr Aimery FUSTIER ; Mr Denis FAYET ; Mme Brigitte RAMOND ; Mr Damien JACQUEMONT ; M. Régis DE MALLMANN ; M Benoit SECHET (en visioconférence).

Membre absent ayant donné pouvoir : Monsieur Sébastien MICHEL à Laure DESCHAMPS ; Mme Evelyne LARASSE à M. Vincent FRIDRICI ; M. Benoit SECHET à Mme Brigitte RAMOND ; Mme Patricia GARCIA à Mme Marie-Agnès CHALANCON-FERNANDES

Membres absents : M. Jérôme FRANCOIS ; Mme Nathalie MAYEN ; Mr Julien COUSSART

— — — —

**OBJET : APPROBATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT DU CENTRE LOUISE
COUCHEROUX**

Le CCAS d'Écully est gestionnaire du centre Louise Coucheroux, établissement médico-social. Dans ce cadre et conformément à la réglementation en vigueur, le CCAS doit revoir et actualiser tous les 5 ans son projet d'établissement.

Représentatif de la structure, ce projet d'établissement définit les modalités d'organisation et de fonctionnement de la résidence autonomie, de l'EHPAD et de l'accueil de jour ainsi que les objectifs fixés notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations des trois services.

C'est également un outil qui a pour objectif d'amener une réflexion sur les évolutions envisageables au fur et à mesure des années afin de répondre aux besoins et attentes des résidents, de leur entourage familial ainsi que de ceux du personnel de la structure.

Le projet d'établissement Louise Coucheroux se décompose en 7 parties :

- Partie 1 : Présentation de l'établissement
- Partie 2 : Contexte démographie et schémas gérontologiques
- Partie 3 : Evaluation de l'établissement

Accusé de réception en préfecture
069-266910033-20260625-DELIB_2026-33-DE
Date de réception préfecture : 01/07/2026

- Partie 4 : Organisation et fonctionnement des services
- Partie 5 : Gestion des ressources humaines
- Partie 7 : Plan d'amélioration de la qualité

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Vu le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Vu le code de l'action sociale et des familles et son article L311-8

Vu le projet d'établissement joint en annexe au présent projet de délibération ;

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION :

Après en avoir délibéré,

A l'unanimité, par 14 voix pour,

Approuve le projet d'établissement Louise Coucheroux, annexé à la présente délibération.

Ainsi délibéré,
A Écully, le 25 juin 2026

La Vice-Présidente

Certifié exécutoire le - 1 JUIL. 2026



La Vice-Présidente

Laure DESCHAMPS



Laure DESCHAMPS

Accusé de réception en préfecture
069-266910033-20260625-DELIB_2026-33-DE
Date de réception préfecture : 01/07/2026

CENTRE LOUISE COUCHEROUX
CCAS D'ECULLY

Projet d'établissement 2025-2030

SOMMAIRE

PARTIE 1 : PRÉSENTATION DU CENTRE LOUISE COUCHEROUX	5
1. Présentation générale	5
A. Historique.....	5
B. Situation géographique.....	5
C. Cadre juridique	5
2. Présentation des trois services	5
A. La résidence autonomie.....	5
B. L'EHPAD.....	7
C. L'accueil de jour.....	8
3. Profil des personnes accueillies à Louise Coucheroux	9
PARTIE 2 : CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SCHEMAS GERONTOLOGIQUES.....	11
1. Contexte démographique local	11
2. Schémas gérontologiques de l'Agence régionale de santé et de la Métropole de Lyon .	12
A. Les enjeux prioritaires définis par l'Agence Régionale de Santé (ARS).....	12
B. Le schéma directeur de la Métropole de Lyon	13
PARTIE 3 : EVALUATION DE L'ETABLISSEMENT	14
1. Bilan du précédent projet d'établissement 2018-2024	14
2. Analyse des forces et faiblesses de l'établissement	14
3. Les évaluations externe et interne attestent de la qualité de l'établissement	15
PARTIE 4 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE L'ETABLISSEMENT	16
1. Les principes fondamentaux guidant les pratiques à Louise Coucheroux	16
A. Garantie des droits individuels et participation des usagers.....	16
B. Promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance.....	16
C. Amélioration continue de la qualité.....	17
2. L'organisation et le fonctionnement de la résidence autonomie.....	19
A. Processus d'admission et d'accueil à la résidence	19
B. Le projet personnalisé et l'accompagnement mis en place	20
C- Promotion de l'autonomie, de la santé, de la qualité de vie et des relations sociales	20
3. L'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD.....	24
A. Admission et accueil	24
B. De l'accueil à l'élaboration du projet de vie personnalisé	24
C. Le projet médical et de soins de l'EHPAD	27
D. Animation et relations avec les familles.....	40
4. L'organisation et le fonctionnement de l'accueil de jour.....	42
A. Processus d'admission à l'accueil de jour.....	42
B. Le déroulement de la prise en charge à l'accueil de jour	43

C. L'accompagnement personnalisé des usagers	44
D. L'aide aux aidants	46
PARTIE 5 : MAINTENANCE, ENTRETIEN ET PRESTATIONS DE SERVICE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	48
1. Entretien des locaux	48
A. Maintenance des bâtiments.....	48
B. Confort et entretien des locaux	48
2. La restauration	48
A. Restauration à la résidence autonomie	49
B. Restauration à l'EHPAD et à l'accueil de jour	49
C. Commission « menu ».....	49
3. Entretien du linge plat et des vêtements des résidents.....	50
4. Les autres prestations externes.....	50
PARTIE 6 : LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES AU SEIN DE LOUISE COUCHEROUX.....	51
1. Organigramme du Centre Louise Coucheroux.....	51
2. Statut et organisation du personnel.....	51
3. Politique managériale.....	51
A. Dialogue social.....	52
B. Prévention des risques professionnels	52
C. Logiciel RH	52
D. Accueil et suivi du personnel	52
E. Politique de recrutement et attractivité	52
PARTIE 7 : PLAN D'AMELIORATION DE LA QUALITE 2025-2030.....	53

PREAMBULE

Généralisé par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le projet d'établissement est un outil de travail pour les équipes et l'encadrement. L'article 311-8 du code de l'action sociale et des familles stipule que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ». Ce document garantit les droits des usagers en définissant les objectifs en matière de qualité des prestations, notamment en rendant lisibles l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

METHODOLOGIE

Les précédents projets de service ont permis une description détaillée des prestations et ont constitué une base de réflexion importante, engagée autour d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Aujourd'hui, sous l'impulsion de l'équipe d'encadrement, il ne s'agit plus de trois projets de service mais bien d'un projet d'établissement, celui du centre Louise Coucheroux.

Ce projet vise à mettre en exergue la complémentarité, la cohérence et l'interdisciplinarité qui fait la singularité de cet établissement où trois offres de service sont réunies sur un même site de la commune d'Écully, avec en filigrane, la notion de « parcours de la personne âgée ».

Les équipes du Centre Louise COUCHEROUX sous la direction du CCAS ont œuvré à l'écriture de ce projet.

Les professionnels se sont engagés dans une démarche interactive et participative auprès des usagers et de leurs familles, des partenaires et des équipes de chaque service. Le comité de pilotage a suivi l'ensemble de la démarche après une analyse des enjeux propres à l'établissement et a organisé le processus (choix des thématiques, mobilisations des différents acteurs et échéancier).

Des groupes de travail ont été constitués, animés tour à tour par la psychologue, le cadre de santé, le médecin coordinateur et la directrice.

Ceux-ci ont permis d'approfondir les thématiques spécifiques retenues dans chaque service.

DUREE ET VALIDATION :

Le projet d'établissement est élaboré pour une période de 5 ans. Le présent projet du centre Louise Coucheroux a été validé en date **du juin 2026** par le Conseil d'Administration du CCAS de la Ville d'Écully, pour les années 2025 à 2030. Il a été présenté en amont aux Conseils de la Vie Sociale de chaque service (Résidence autonomie, EHPAD et Accueil de jour). Il sera suivi annuellement par le comité de pilotage et réévalué à mi-parcours

PARTIE 1 : PRÉSENTATION DU CENTRE LOUISE COUCHEROUX

1. Présentation générale

A. Historique

Le centre Louise Coucheroux est né d'un projet de la municipalité, afin de répondre à la demande des personnes âgées de la commune en perte d'autonomie. Le foyer logement a ouvert ses portes le 1er juillet 1972 et fut inauguré à l'époque sous le nom de « Résidence Villeneuve ». En 1982, pour son 10ème anniversaire, la résidence prend le nom de Louise Coucheroux en hommage à l'épouse du donateur du terrain.

En 1991, la municipalité procède à la construction de l'EHPAD et les travaux s'achèvent le 16 mars 1992. Le bâtiment a été conçu par l'architecte Henri Pelanjon qui s'est inspiré d'un centre gériatrique situé en Belgique. L'objectif était de créer une structure qui vienne compléter l'offre de services de la commune, tout en s'harmonisant avec le foyer logement déjà existant.

Le foyer logement est entièrement rénové entre 2007 et 2009. De 2011 à 2012, l'EHPAD fait l'objet d'une réhabilitation et d'une mise en sécurité incendie.

L'accueil de jour a ouvert ses portes en 2007. Ce service propose un accueil à la journée d'usagers vivant encore à domicile qui souffrent d'une pathologie de type Alzheimer ou apparentée.

B. Situation géographique

Le centre Louise Coucheroux est situé en zone urbaine sur la commune d'Écully, à l'ouest de la Métropole de Lyon. Il est implanté sur un vaste terrain paysagé, à proximité des transports en commun, d'un centre commercial et à quelques minutes du centre-ville d'Écully.

C. Cadre juridique

Le centre Louise Coucheroux est un établissement médico-social soumis aux dispositions du code de l'action sociale et des familles (CASF). Il se compose de deux services :

- Une résidence autonomie : de 78 studios ;
- Un établissement pour personnes âgées dépendantes comprenant :
 - Un EHPAD de 18 lits ;
 - Un accueil de Jour Alzheimer d'une capacité de 12 places.

Le centre Louise Coucheroux est un établissement public géré par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Ville d'Écully. Il a la particularité d'être habilité à l'aide sociale légale.

2. Présentation des trois services

A. La résidence autonomie

Raison sociale	Résidence Louise COUCHEROUX
Adresse	15 route de Champagne 69130 ECULLY
Téléphone	04-78-33-56-42
Adresse électronique	coucherox.@ville-ecully.fr
Capacité	73 studios et 4 T1bis destinés aux couples
Nature juridique de la structure	Etablissement médico-social géré par le CCAS d'ECULLY.
Propriétaire des locaux	Ville d'ECULLY (Mise à disposition des locaux du CCAS)
Autorisation	Conjointe ARS / Métropole.
Habilitation à l'aide sociale	100 %
Tarification	Tarification mixte ARS (Forfait soins / Métropole)
Statut du personnel	Fonction publique territoriale
Code FINESS	690802111
Président du CCAS	Sébastien MICHEL
Directrice	Florence MOREAU
Prix de journée	Selon tarif en vigueur : réévaluation chaque année en lien avec les autorités de tarifications.

La résidence autonomie est réservée aux personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie, seules ou en couple.

Elle accueille des personnes de plus de 60 ans dont le GIR est évalué entre 4 et 6, mais également des personnes âgées plus dépendantes dans la limite des seuils fixés dans le décret 2025- 116 du 07 février 2025 (20% de la capacité autorisée en GIR 1 à 3). L'instauration de seuils permet le maintien et l'accompagnement d'un public plus dépendant.

La résidence autonomie offre une alternative entre le domicile et un établissement médicalisé. Elle a pour mission de préserver l'autonomie du public accueilli en proposant des activités diverses et variées qui permettent de créer du lien social.

La résidence autonomie Louise Coucherox se compose de 73 studios et 4 T1bis répartis sur 4 étages.

Les studios, d'une superficie totale de 33m² (55m² pour les T1bis) comportent une pièce de vie spacieuse dotée d'un espace nuit et d'un espace cuisine. La salle de bain est dotée d'une douche à l'italienne.

Tous les appartements disposent d'un balcon de 11m² et les fenêtres sont équipées de volets roulants électriques.

Au rez-de-chaussée se situent l'accueil, les bureaux des professionnels et les espaces collectifs à disposition des résidents.

La résidence autonomie Louise Coucherox propose les prestations suivantes :

- Mise à disposition de locaux collectifs : salon, salle de restaurant, véranda, salon de coiffure, salle multi activité
- Service de restauration : un prestataire confectionne sur place les repas qui sont servis tous les midis en salle de restaurant, avec possibilité d'un panier repas léger le soir à emporter
- Service de blanchisserie : un prestataire spécialisé réalise 2 ramassages/livraisons de linge et de vêtements des résidents par semaine. Ce service payant est accessible sur inscription
- Deux dispositifs de sécurité : système appel malade et montre téléassistance,

- permettant à chaque résident d'alerter 24h/24h le personnel en cas d'urgence
- Activités collectives de prévention de la perte d'autonomie : gymnastique adaptée, musicothérapie, ateliers équilibre, ateliers mémoires, rédaction d'un journal, ateliers d'art floral, méditation, danse thérapie, etc
- Intervention une fois par mois de l'assistante sociale du CCAS sur demande en cas de difficultés socio-économiques ou pour le maintien des droits.

B. L'EHPAD

Raison sociale	EHPAD Louise COUCHEROUX
Adresse	15 route de Champagne 69130 ECULLY
Téléphone	04-78-33-37-49
Adresse électronique	coucherox.ehpad@ville-ecully.fr
Capacité	18 lits d'EHPAD permanents
Nature juridique de la structure	Etablissement médico-social géré par le CCAS d'ECULLY.
Propriétaire des locaux	Ville d'ECULLY (Mise à disposition des locaux du CCAS)
Autorisation	Conjointe ARS / Métropole.
Habilitation à l'aide sociale	100%
Tarification	Tarif hébergement et fusion du tarif soins et dépendance
Statut du personnel	Fonction publique territoriale
Code FINESS	690802111
Président du CCAS	Sébastien MICHEL
Directrice	Florence MOREAU
Prix de journée	Selon tarif en vigueur : réévaluation chaque année en lien avec les autorités de tarifications.

L'EHPAD est composé d'un espace de vie central à partir duquel se prolongent perpendiculairement 2 ailes de 9 chambres individuelles. Un sas d'entrée sécurisé par 2 portes automatiques à digicode permet d'accéder au service.

Chaque chambre, d'une superficie de 25m² environ, dispose d'une salle de bain adaptée aux personnes à mobilité réduite (douche à l'italienne, sol antidérapant...) et d'un appel malade (lit, salle d'eau). Un lit médicalisé et du mobilier (bureau, armoire, chevet, fauteuil) sont mis à disposition par l'établissement.

Chaque résident est invité, en concertation avec ses proches, à s'approprier l'espace privé de sa chambre en la personnalisant avec des photos, du petit mobilier... Toutes les chambres sont de plain-pied et offrent un accès à une terrasse ou au jardin du centre.

La salle à manger, climatisée en été, peut accueillir l'ensemble des résidents pour les repas et/ou animations. Les ailes spacieuses et lumineuses par la présence de verrières offrent une espace de vie chaleureux. Chaque chambre dispose d'une couleur différente pour faciliter les repères dans l'espace. Les codes d'une façade d'immeuble sont présents : porte d'entrée, fenêtre et boîte aux lettres.

Parmi les espaces communs, l'infirmerie reste un lieu de soins et d'accès aux dossiers de soins informatisés pour les équipes mais aussi les intervenants extérieurs.

Différents locaux techniques (local linge sale, linge propre, ménage...) restent à la disposition exclusive du personnel, de même que des vestiaires et une salle de repos.

Un espace bien-être, doté d'une baignoire thérapeutique et d'un chariot multi sensoriel, permet de réaliser des accompagnements thérapeutiques spécifiques, tournés vers le soin relationnel et la communication non verbale.

Un espace salon TV et bibliothèque sont à dispositions dans les ailes.

Trois jardins sécurisés entourent l'EHPAD permettant aux résidents et à leurs familles de profiter en plein air de détente ou de jardinage.

Un parcours de santé permet aux résidents de travailler sur la rééducation ou le maintien de l'autonomie en lien avec les professionnels paramédicaux et de rééducation.

Un espace d'entrée permet aux familles de manger avec les résidents et de lire les documents officiels et de visualiser l'écran d'accueil FAMILÉO avec le planning des activités.

C. L'accueil de jour

Raison sociale	Accueil de jour Louise COUCHEROUX
Adresse	15 route de Champagne 69130 ECULLY
Téléphone	04 78 33 56 68
Adresse électronique	coucherox.aj@ville-ecully.fr
Capacité	12 places
Nature juridique de la structure	Etablissement médico-social géré par le CCAS d'ECULLY.
Propriétaire des locaux	Ville d'ECULLY (Mise à disposition des locaux du CCAS)
Autorisation	Conjointe ARS / Métropole.
Habilitation à l'aide sociale	100%
Tarification	Tarification mixte ARS (Forfait soins / Métropole)
Statut du personnel	Fonction publique territoriale
Code FINESS	690802111
Président du CCAS	Sébastien MICHEL
Directrice	Florence MOREAU
Prix de journée	Selon tarif en vigueur : réévaluation chaque année en lien avec les autorités de tarifications.

L'accueil de jour est situé dans un environnement verdoyant, au cœur d'un espace arboré et apaisant. L'accès se fait par une allée paysagère, offrant une transition douce et agréable vers le lieu de vie.

Le jardin est agrémenté d'arbres fruitiers participant à l'éveil des sens et à la stimulation des souvenirs, en lien avec les saisons, les parfums et les gestes familiers du quotidien. Un espace extérieur dédié à l'activité physique douce est également aménagé avec des agrès tels qu'un médailler et un pédalier.

Les locaux comprennent une grande pièce dédiée aux animations, un espace de repos, des sanitaires et un bureau.

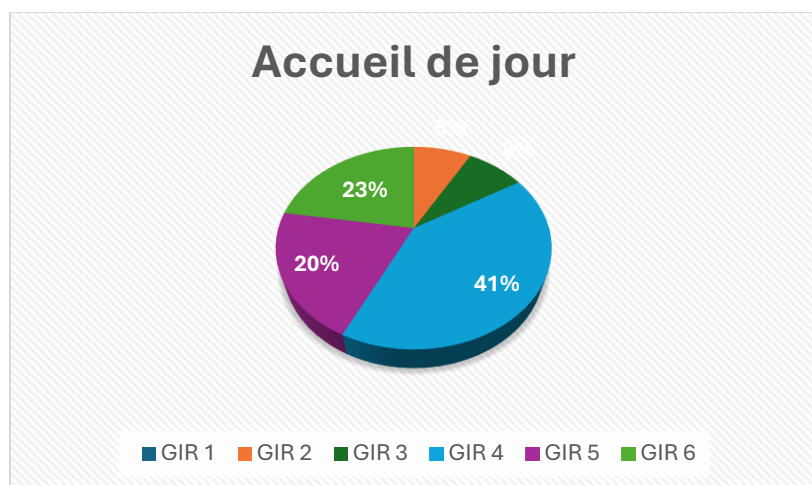
3. Profil des personnes accueillies à Louise Coucheroux

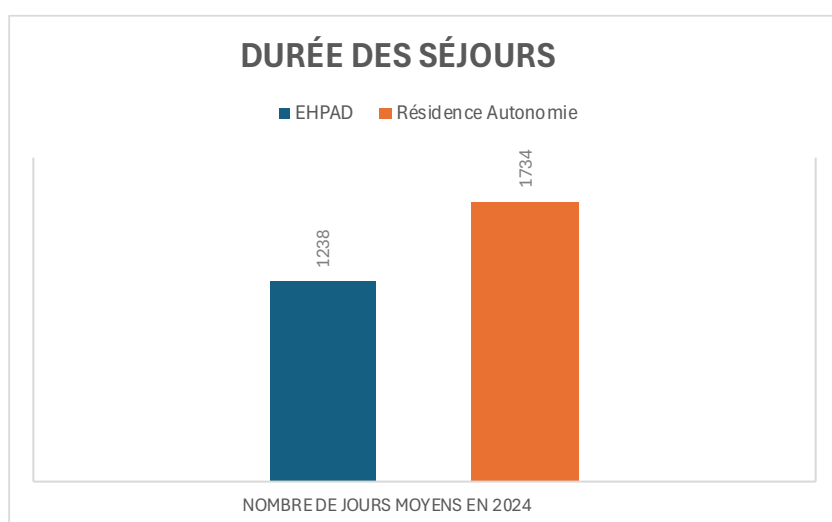
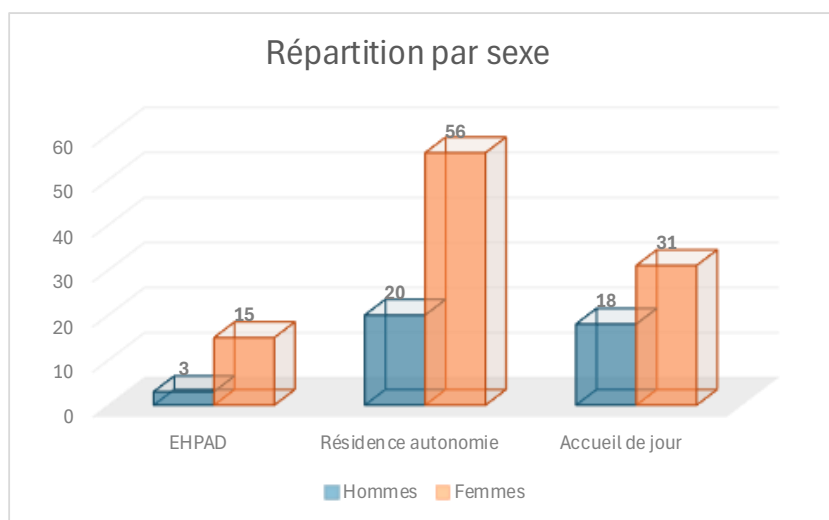
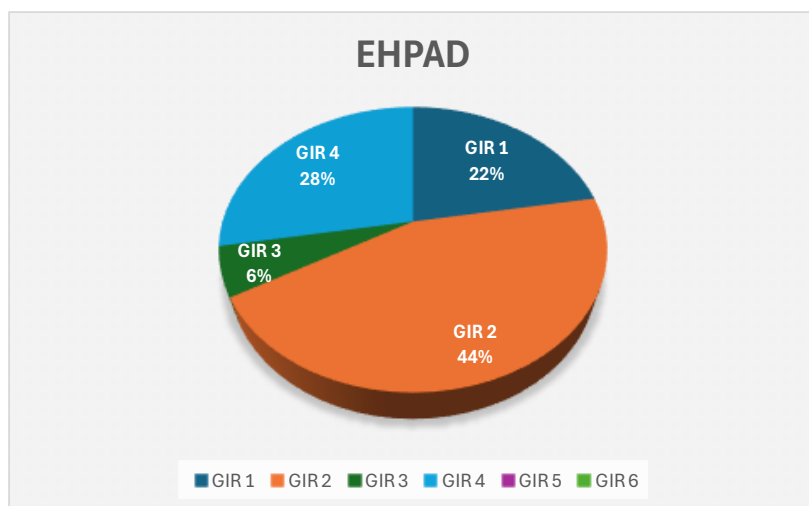
Les personnes qui s'installent au centre Louise Coucheroux sont en majorité des Ecullois ou ont un proche (enfant) qui habitent la commune. Ceci est moins vrai pour la résidence autonomie, notamment au cours de ces deux dernières années.

Les arrivants sont en majorité des femmes, elles représentent près des 2/3 des résidents. La moyenne d'âge des résidents varie selon les structures : 86 ans à l'EHPAD ; 83 ans à la résidence autonomie et à l'accueil de jour.

À l'EHPAD, les résidents relèvent exclusivement des GIR 1 à 3. Les usagers de l'accueil de jour sont, quant à eux, majoritairement classés en GIR 3 et 4.

À l'EHPAD, les motifs de sorties sont le plus souvent les décès. La durée moyenne d'hébergement était de 1 238 jours en 2024. Les motifs sont plus variés en résidence autonomie et à l'accueil de jour puisque certains départs sont liés à des entrées en institution. La durée moyenne d'hébergement était de 1 734 jours à la résidence autonomie en 2024.





PARTIE 2: CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SCHEMAS GERONTOLOGIQUES

1. Contexte démographique local

En 2021, d'après les données INSEE, les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 28 % de la population d'Écully :

- 15 % pour les 60-74 ans
- 13 % pour les 75 ans et plus

À titre de comparaison, la moyenne métropolitaine s'élevait à 21 % la même année.

Le vieillissement de la population s'accroît à Écully : le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est passé de 2 172 en 2015 à 2 368 en 2021.

Sur le territoire de la Métropole de Lyon, en 2018, on dénombrait :

- 16 700 bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile
- Près de 9 000 bénéficiaires de l'APA en établissement

Cela représente environ 9 % des personnes âgées de 60 ans et plus d'après les données d'Urbalyon.

La répartition par lieu de vie et par niveau de dépendance (GIR) est la suivante :

- 41 % des bénéficiaires reçoivent l'APA en établissement, dont :

- 60 % en GIR 1-2
- 17 % en GIR 3
- 23 % en GIR 4

- 59 % bénéficient de l'APA à domicile, répartis ainsi :

- 59 % en GIR 4
- 22 % en GIR 3
- 16 % en GIR 2
- 2 % en GIR 1

Les personnes âgées de 75 ans et plus, potentiellement les plus concernées par la dépendance, sont légèrement surreprésentées à Écully : 12,9 % contre 8,3 % en moyenne dans la métropole de Lyon (INSEE, 2021).

La capacité d'accueil en EHPAD sur la commune est de 109 places : 91 gérées par l'établissement Louise Thérèse et 18 par Louise Coucheroux.

2. Schémas gérontologiques de l'Agence régionale de santé et de la Métropole de Lyon

A. Les enjeux prioritaires définis par l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Le Schéma régional de santé a été réalisé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour 2023-2028. Il a pour principal objectif de renforcer l'accès aux soins et à l'offre médico-sociale sur le territoire. Il fixe des lignes directrices visant à adapter l'offre aux projets de vie des personnes âgées.

Promouvoir et renforcer la prévention, à domicile comme en établissement

L'objectif est de retarder la perte d'autonomie en agissant en amont, notamment par l'identification des publics à risque, la sensibilisation des professionnels et la formation continue.

Actions prévues :

- Déploiement d'actions de prévention autour de thématiques clés : nutrition, santé bucco-dentaire, iatrogénie médicamenteuse, dépression, douleur, activité physique adaptée, prévention des chutes.
- Ouverture des EHPAD vers l'extérieur, avec des actions communes domicile/établissement.
- Formation des professionnels à la prévention et aux bonnes pratiques.
- Articulation des actions avec les Conférences des financeurs.
- Mobilisation du dispositif « Centre de ressources territorial » pour la prévention des chutes à domicile ou en EHPAD.

Les Centres de Ressources Territoriaux (CRT), portés par les EHPAD ou les services à domicile, seront progressivement déployés. Ils permettront d'ouvrir les EHPAD à la population âgée du territoire, avec des ateliers collectifs : renforcement musculaire, stimulation cognitive et mémoire, etc.

Mieux accompagner la grande dépendance et répondre aux besoins croissants en soins

L'ARS encourage une coordination renforcée entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Orientations principales :

- Renforcer l'appui sanitaire au médico-social (EMPPA, HAD, soins palliatifs, gestion des urgences, mutualisation).
- Accompagner les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (incidence Alzheimer/Parkinson supérieure à la moyenne nationale).
- Améliorer la qualité des soins (prévention de l'iatrogénie médicamenteuse).
- Faire évoluer l'offre d'EHPAD dans un contexte de fragmentation du secteur et de rareté des ressources médicales.

Réussir le virage domiciliaire

Favoriser le maintien à domicile et les alternatives à l'hébergement traditionnel. Mesures proposées : consolidation des accueils de jour, stimulation cognitive, nutrition, bien-être et

estime de soi, activité physique adaptée.

Réduire les inégalités territoriales

L'ARS entend améliorer l'équité d'accès à l'offre médico-sociale.

- Meilleur maillage territorial des services pour personnes âgées.
- Développement de formes alternatives à l'hébergement.
- Soutien accru aux aidants familiaux.

B. Le schéma directeur de la Métropole de Lyon

La Métropole est cheffe de file de l'action sociale et médico-sociale. Elle doit veiller à la cohérence des actions menées par les différents acteurs sur son territoire et établit un schéma directeur de l'offre en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pour 2023-2028.

Parmi les actions préconisées, certaines ciblent précisément les populations du grand âge et vont impacter les projets et visions pour les années à venir :

- Développer les actions ciblées autour de l'alimentation et du sport santé en établissements personnes âgées et personnes en situation de handicap
- Renforcer et maintenir l'accès aux droits des personnes en situation de précarité
- Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles neurodégénératifs
- Soutenir le développement et l'évolution de l'offre d'hébergement en établissement pour personnes âgées
- Simplifier et accélérer les démarches pour les usagers
- Renforcer le maillage partenarial en territoires et en faire une priorité pour les professionnels
- S'engager à accueillir et accompagner les publics dans la dignité
 - Promouvoir la bientraitance et renforcer le contrôle
 - Améliorer les conditions de vie des résidents en établissements par la rénovation du bâti et l'optimisation des performances énergétiques
- Soutenir la participation et le pouvoir d'agir des usagers
 - Renforcer l'information et l'outillage des bénéficiaires pour les rendre plus acteurs de leur parcours
 - Favoriser la participation des personnes à leur projet d'accompagnement et à l'évolution du dispositif

PARTIE 3 : EVALUATION DE L'ETABLISSEMENT

1. Bilan du précédent projet d'établissement 2018-2024

Le bilan du dernier projet d'établissement, structuré autour des objectifs du CPOM, fait état d'un niveau de réalisation globalement satisfaisant, avec toutefois des disparités selon les axes.

Parmi les points pleinement atteints, on peut citer : le maintien et l'animation des Conseils de la Vie Sociale, la mise à jour des outils réglementaires, la prévention et la prise en charge de la dénutrition, des chutes, des troubles de l'humeur, et de la douleur à l'EHPAD, le soutien aux aidants à l'accueil de jour, la mise en œuvre du Plan Bleu et du carnet sanitaire, ainsi que l'implication des intervenants extérieurs dans la vie de l'établissement. Le rachat de la résidence autonomie en novembre 2024 constitue également une avancée majeure.

Des actions ont été partiellement réalisées : la démarche bientraitance (procédure à actualiser), la sécurisation du circuit du médicament, la formalisation des directives anticipées, les méthodes non médicamenteuses (Snoezelen, balnéothérapie), la gestion des événements indésirables (fiche révisée mais suivi informatisé incomplet), et le DUERP (réalisé mais le plan d'actions mérite un meilleur suivi).

Les axes les moins aboutis concernent : le questionnaire de satisfaction des agents (non réalisé depuis 2018), le livret d'accueil pour les nouveaux professionnels (en cours à l'EHPAD, non prévu à l'accueil de jour), le plan patrimonial pluriannuel (second mandat non engagé), et la réflexion éthique formalisée (non déployée sur les trois services).

Ce bilan nourrit directement les orientations du nouveau projet d'établissement 2025-2030, avec une attention particulière portée à la formalisation des procédures, au bien-être des professionnels et à la consolidation de la démarche qualité.

2. Analyse des forces et faiblesses de l'établissement

FORCES

- › 3 offres complémentaires sur un même site (parcours de la personne âgée)
Locaux spacieux, dans un environnement végétalisé
- › Équipes stables, investies et dynamiques, peu d'absentéisme
- › Formations et démarches VAE régulières
- › EHPAD : individualisation forte — balnéothérapie, SNOEZELEN, Tovertafel, médiation animale, agrès extérieurs
- › Prestations hôtelières de qualité (repas confectionnés sur place)
- › CVS en place sur les 3 services
- › Personnel majoritairement diplômé (ASD/AES/ASG)
- › Diversité des intervenants extérieurs (paramédicaux et non paramédicaux)
- › Partenariats développés : ODYNEO, Amis de la Ruche, école...
- › FAMILEO déployé (AJ + EHPAD) pour le lien avec les familles
- › Planning des activités développé
- › Salle de détente inaugurée fin 2024

FAIBLESSES

- › Bâtiments vieillissants ayant besoin d'une réhabilitation
Véranda RA et 2 dômes EHPAD non climatisés et mal isolés
- › Manque d'espaces dédiés aux réunions d'équipe
- › Défaut de pente dans certaines salles de douche (RA), marches de hauteurs inégales
- › Manque de lien pour les activités entre les services
- › Marchés publics : vigilance constante sur les prestataires, difficultés pour l'adaptation des textures des repas
- › Absence de médecin coordonnateur physique (début de télé-coordination)
- › Politique des procédures non à jour
- › Studios vacants à la résidence autonomie



OPPORTUNITÉS

- › Ouverture sur l'extérieur : bénévolat, partenariats intergénérationnels +++
- › Partenariat avec les CCAS et l'UDCCAS
- › Rencontres avec les partenaires : Fourvière, Val Rosay
- › Ouverture possible des activités aux seniors Écullois
- › Accueil d'étudiants en santé (attractivité et recrutement)
- › Mission Locale et France Travail, forums d'emploi
- › Communication externe améliorée : nouvelles plaquettes de l'AJ et la RA, service communication de la ville
- › Création d'une maison médicale à Écully



MENACES

- › Faible capacité de l'EHPAD (2 à 3 entrées/an), ne répondant pas à la demande des habitants d'Écully
- › Équilibre financier fragile, subvention communale obligatoire
- › Pas d'augmentation des financeurs, pression sur le taux d'occupation
- › Risque de rupture de parcours pour l'AJ et la RA quand la famille n'est pas active
- › Manque de médecins traitants sur le territoire
- › Recrutement tendu, manque de professionnels

3. Les évaluations externe et interne attestent de la qualité de l'établissement

L'évaluation externe du centre Louise Coucheroux, conduite par le cabinet ABAQ en juin 2021, dresse un bilan globalement très positif de l'établissement, avec des cotations excellentes sur de nombreux thèmes.

La démarche d'évaluation interne, conduite de manière pluridisciplinaire à partir du référentiel HAS, est saluée pour son caractère participatif et sa méthode innovante.

Le plan d'amélioration continue (PAQ), structuré et affiché, constitue un véritable outil de pilotage, même si une révision trimestrielle plutôt qu'annuelle est recommandée. Un axe de progrès identifié porte sur la formalisation du référencement des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la HAS, peu connues des agents en tant que documents de référence.

Le projet d'établissement est complet, cohérent avec les besoins de la population et bien décliné opérationnellement. La dynamique managériale est particulièrement soulignée : la direction est accessible, à l'écoute, et a su mobiliser les équipes dans un contexte post-COVID difficile. Le tandem cadre de santé/médecin coordonnateur est identifié comme un atout majeur.

L'accompagnement des résidents est de qualité, dans le respect de leur dignité et de leurs droits, avec un accompagnement de nuit bien organisé et des soins adaptés. La démarche de bientraitance est engagée et déjà déclinée sur le terrain.

Les principaux axes d'amélioration portent sur : l'enrichissement du projet d'accompagnement personnalisé (PAP), trop orienté sur l'animation ; le renforcement de la culture du signalement des événements indésirables ; la mise en conformité du DUERP ; le développement des conventions avec les partenaires ; et la réactualisation du livret d'accueil.

PARTIE 4 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE L'ETABLISSEMENT

1. Les principes fondamentaux guidant les pratiques à Louise Coucheroux

A. Garantie des droits individuels et participation des usagers

Le centre Louise Coucheroux est régi par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social. Cette loi vise à mettre l'utilisateur au centre des préoccupations et renforce les droits et les libertés des personnes accueillies. Pour garantir les droits et les libertés, il existe des droits fondamentaux :

- > Respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité ;
- > Libre choix entre les prestations domicile/ établissement ;
- > Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé ;
- > Confidentialité des données concernant le résident ;
- > Accès à l'information ;
- > Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours ;
- > Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Afin de garantir ces différents droits, cette loi impose la mise en place d'outils tels que :

- > le livret d'accueil ;
- > la charte des droits et des libertés ;
- > le règlement de fonctionnement ;
- > le projet d'établissement ;
- > le conseil de vie sociale ;
- > le contrat de séjour ;
- > la personne de confiance.

Afin de garantir les droits et les libertés des résidents, la direction a mis en place ces différents outils.

B. Promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance

Le Centre Louise Coucheroux inscrit la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance comme une priorité institutionnelle, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé.

Dès la préadmission, les résidents sont informés de leurs droits et de la charte de bientraitance de l'établissement. Tout au long du séjour, leur participation est favorisée à travers le Conseil de la Vie Sociale, les commissions menus et les enquêtes de satisfaction.

Le projet d'accompagnement personnalisé, co-construit avec le résident et ses proches, constitue un outil central de cette démarche.

L'accompagnement des professionnels repose sur des formations régulières, des temps de

transmissions structurés et une politique de stabilisation des équipes. Les pratiques professionnelles font l'objet d'un questionnement régulier, notamment via des démarches d'autoévaluation et l'analyse de cas concrets en équipe.

Toute situation de maltraitance avérée ou suspectée doit faire l'objet d'un signalement immédiat à la direction via le logiciel Netsoins, dans une culture du signalement fondée sur la non-culpabilisation et la protection du lanceur d'alerte. Une analyse pluridisciplinaire est alors engagée, pouvant conduire à des mesures conservatoires, correctives ou à un signalement externe auprès de l'ARS, du Procureur de la République ou via le numéro national 3133, affiché dans les trois services.

Une charte a été élaborée en équipe pour marquer l'engagement fort de l'établissement. Cette charte est affichée et est systématiquement donnée à chaque entrée.

Un bilan annuel permet de suivre et d'améliorer continuellement ce dispositif.

C. Amélioration continue de la qualité

Le Centre Louise Coucheroux s'inscrit dans une démarche structurée de gestion de la qualité et d'amélioration continue, conforme aux exigences du manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services médico-sociaux de la Haute autorité de santé.

La politique qualité repose sur plusieurs leviers complémentaires : le recueil et l'analyse des événements indésirables, le traitement des plaintes et réclamations, la réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs proches, ainsi que la conduite d'évaluations internes régulières. Ces outils permettent d'identifier les axes de progrès, de mettre en œuvre des actions correctives adaptées et d'en mesurer les effets dans le temps.

Le plan d'amélioration continue, élaboré de manière participative avec les équipes, fait l'objet d'un suivi régulier et d'une actualisation annuelle. La direction veille à ce que chaque professionnel soit acteur de cette démarche, notamment à travers les temps de transmissions, les réunions d'équipe et les formations internes. Cette culture de l'amélioration continue, étroitement liée à la promotion de la bientraitance, contribue à garantir à chaque personne accompagnée un accompagnement de qualité, respectueux de ses droits et de sa dignité.

Gestion des événements indésirables

La gestion des événements indésirables constitue un pilier de la politique qualité du centre Louise Coucheroux. L'établissement a formalisé une procédure dédiée, connue de l'ensemble des professionnels et régulièrement rappelée lors des temps de transmission et des formations internes. Tout événement indésirable, qu'il soit avéré ou potentiel, fait l'objet d'une déclaration via le logiciel Net-Soins, permettant une traçabilité rigoureuse et une analyse structurée des situations.

La culture du signalement est activement encouragée au sein des équipes, dans une logique de non-culpabilisation et d'amélioration collective des pratiques. Chaque déclaration donne lieu à une analyse pluridisciplinaire visant à identifier les causes, à mettre en place des actions correctives adaptées et à en mesurer les effets dans le temps. Un bilan annuel des événements indésirables est réalisé, permettant d'alimenter le plan d'amélioration continue de la qualité et d'ajuster les pratiques professionnelles en conséquence.

Gestion des plaintes et réclamations

Le centre Louise Coucheroux a défini une politique claire et formalisée en matière de gestion des plaintes et réclamations, accessible à l'ensemble des professionnels, des résidents et de leurs proches. Conformément aux dispositions du code de l'Action Sociale et des Familles, tout résident ou membre de sa famille dispose du droit d'exprimer une insatisfaction ou une réclamation, et d'obtenir une réponse adaptée dans des délais raisonnables. Les modalités de recueil des plaintes et réclamations sont précisées dans le règlement de fonctionnement remis à chaque personne accueillie lors de son admission.

L'établissement a par ailleurs élaboré une charte d'engagement relative à la déclaration des plaintes et réclamations, par laquelle il s'engage à traiter chaque situation avec sérieux, à prendre les mesures nécessaires et à garantir l'absence de représailles à l'encontre des personnes ayant exprimé une insatisfaction.

Cette charte traduit la volonté d'instaurer une véritable culture de la déclaration, dans laquelle chaque plainte est perçue non comme une menace mais comme une opportunité d'amélioration.

Qu'elles soient exprimées oralement ou par écrit, les plaintes font l'objet d'un traitement rigoureux : elles sont enregistrées, analysées et transmises à la direction, qui veille à apporter une réponse personnalisée à chaque situation. Lorsque la nature de la plainte le justifie, une analyse collective est engagée afin d'identifier les dysfonctionnements sous-jacents et de mettre en œuvre les mesures correctives nécessaires. Les enseignements tirés de ce processus sont intégrés à la démarche d'amélioration continue, contribuant ainsi à faire des plaintes et réclamations un véritable levier de progrès au service de la qualité de l'accompagnement.

Le Plan Bleu

Le plan bleu de l'EHPAD, réactualisé en juin 2026, constitue une boîte à outils indispensable à toute situation dépassant une gestion quotidienne. Il doit permettre de faire face à une alerte avec une organisation adaptée en fonction de la situation.

L'EHPAD Louise Coucheroux a également signé une convention avec l'EMH (Equipe Mobile d'Hygiène) des Hospices Civils de Lyon (contractualisation initiée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour lutter contre les infections).

Le logiciel de soins

En décembre 2025, le Centre Louise Coucheroux a basculé vers le logiciel de soins Net-Soins, édité par ORISHA. Ce changement constitue une avancée significative dans la modernisation des pratiques professionnelles et la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies. Le nouveau logiciel a permis d'améliorer sensiblement la traçabilité des soins et des actes, de renforcer la surveillance des usagers grâce à un suivi plus fin et plus réactif, et de fluidifier la circulation des informations essentielles entre les professionnels des différents services.

L'utilisation pleine et entière de Net-Soins constitue d'ailleurs un axe fort du présent projet d'établissement. Cet outil est en effet appelé à devenir le socle commun de l'activité des équipes, aussi bien pour la partie soins — traçabilité des actes, suivi médical, gestion des traitements — que pour l'accompagnement global des personnes accueillies, avec la construction et le suivi des projets d'accompagnement personnalisés. Son appropriation progressive par l'ensemble des professionnels représente un levier majeur pour renforcer la cohérence et la continuité des prises en charge sur les trois services du centre.

Au-delà de l'amélioration des pratiques quotidiennes, ce changement s'inscrit dans une démarche plus globale de transition numérique, en cohérence avec les critères des ESMS numériques. L'établissement progresse ainsi dans la sécurisation des données de santé, notamment à travers l'utilisation des messageries sécurisées MSSanté, qui garantissent la confidentialité des échanges entre professionnels de santé, ainsi que par la mise en œuvre de l'identitovigilance, permettant de fiabiliser l'identification des usagers et de prévenir tout risque d'erreur dans leur prise en charge.

2. L'organisation et le fonctionnement de la résidence autonomie

A. Process d'admission et d'accueil à la résidence

Admission à la résidence autonomie

Le process d'admission est le suivant :

- Dépose du dossier administratif et médical sur la plateforme nationale « via trajectoire »
- Avis du médecin coordinateur
- Validation de l'entrée par la commission d'admission et de maintien
- Formalités administratives de réservation du logement

Il est proposé en amont une visite de l'établissement et d'un appartement non occupé afin que le futur résident puisse s'y projeter et une participation à une activité ou à un repas.

Organisation du pré-accueil

Le pré-accueil s'organise dès lors que les conditions administratives et médicales sont validées par la commission d'admission.

Une visite en physique est programmée pour finaliser le dossier administratif avec l'assistante de direction, avec une présentation de l'équipe soignante. Le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le règlement intérieur du restaurant, les derniers comptes rendu du Conseil de la Vie Sociale, les directives anticipées, le DLU et la charte des droits et liberté des personnes accueillies sont remises lors de ce rdv.

Accueil du résident à son arrivée dans l'établissement

Une nouvelle présentation de l'équipe soignante est effectuée le jour de l'entrée du résident. Chaque nouveau résident a un soignant référent qui élabore le projet personnalisé avec lui. Le résident est accompagné à son appartement et le soignant référent explique le fonctionnement et l'implantation des lieux communs de la résidence.

Le système du « j'ai vu » est présenté au résident avec possibilité de se signaler auprès du personnel chaque jour à sa convenance. Cette pratique permet de vérifier si le résident n'est pas malade, n'a pas chuté dans son logement, est absent pour la journée.

L'annonce de l'arrivée d'un nouveau résident est affichée dans le hall d'accueil et dans le journal de la résidence. Le résident est présenté au restaurant pendant le déjeuner et un pot d'accueil est organisé une fois par mois pour tous les résidents nouvellement accueillis. Un résident référent est désigné par étage pour favoriser l'intégration du nouveau résident.

B. Le projet personnalisé et l'accompagnement mis en place

Le projet personnalisé de la personne accueillie est co-construit avec le soignant référent ; c'est un temps d'échange privilégié avec le personnel référent afin de recueillir ses besoins, ses attentes et ses habitudes de vie, mais aussi afin de discuter avec elle de son adaptation à ce nouveau lieu de vie. Le soignant référent s'assure toujours de la volonté de la personne accueillie de coopérer dans la démarche de co-construction de son projet et lui présente les enjeux et les finalités du projet personnalisé.

Une fois les données recueillies, le soignant référent établit avec la personne les objectifs d'accompagnement et le projet est co-signé par le référent et le résident.

Pour les résidents les plus isolés, dès leur entrée, après recueil des centres d'intérêt par les soignantes, une stimulation pour participer aux activités « plaisir » est mise en place.

Si au cours de l'accompagnement, une situation de repli du résident est constatée, le personnel est sensibilisé à ce changement d'habitudes et un temps d'échange dédié est organisé entre les soignantes et le résident, en accord avec le résident, afin de connaître les raisons de son repli et de lui proposer des actions pertinentes à mettre en œuvre pour développer le lien social (nouvelles activités, nouvelles sorties...).

Si besoin, un rendez-vous est pris avec l'assistante sociale du CCAS qui assure des permanences mensuelles à la résidence autonomie.

L'équipe de soignantes a également un rôle de coordination entre les familles et les intervenants extérieurs (infirmiers, kinés, médecins traitants, aides à domicile) et les résidents. Elle fait remonter tous risques de perte d'autonomie des résidents ou de problèmes de santé. Les intervenants ont également ce temps d'échange avec les soignants.

En cas de perte d'autonomie constatée, un temps d'échange pluridisciplinaire est proposé entre la direction, l'équipe soignante, le résident et ses intervenants. Une proposition d'étayage en accord avec le médecin traitant et la famille si besoin est effectué.

C- Promotion de l'autonomie, de la santé, de la qualité de vie et des relations sociales

Promouvoir la vie collective

Les équipes sont sensibilisées à tout risque d'exclusion ou de malveillance.

Pour les résidents les plus isolés socialement, un partenariat est fait entre le CCAS et l'association les petits frères des pauvres afin de créer des temps d'échange privilégiés entre les bénévoles et les résidents.

Il est porté une attention particulière à ce que les résidents ne se substituent pas aux soignantes dans la relation d'entraide entre eux tout maintenant une relation amicale entre eux. L'équipe, en accord avec le résident qui souhaite être dans l'entraide, propose des activités permettant de se sentir utile.

Tous les repas et les ateliers sont ouverts aux seniors de la commune via le CCAS.

Les membres du CVS sont encouragés à des temps d'échange avec les résidents pour que chacun puisse donner son avis et faire des propositions sur toutes questions intéressant le

fonctionnement de l'établissement et notamment sur :

- La démarche qualité ;
- L'organisation intérieure et la vie quotidienne ;
- Les activités, l'animation socioculturelle ;
- Les projets de travaux et d'équipement ;
- La nature et le prix des services rendus ;
- L'affectation des locaux collectifs ;
- L'entretien des locaux ;
- L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Les rubriques du journal de Coucheroux sont co-construites avec les résidents et les soignantes.

De même, les résidents sont encouragés à aider à la préparation des animations et à organiser des jeux de société entre eux.

Les talents artistiques des résidents sont mis à l'honneur à l'occasion d'expositions au sein de la résidence autonomie de peinture, de dessins.

La résidence est également pleinement ouverte sur son territoire avec des partenariats avec le club de retraités de la commune, le centre social (chantiers jeunes Ville Vie Vacances), le du Conseil Municipal des Enfants, le centre de loisirs municipal et les résidences autonomie des communes voisines.

Prévenir les risques de perte d'autonomie

Dans le cadre du forfait autonomie octroyée par La commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), la résidence autonomie mène des actions concourant à préserver la perte d'autonomie et portant sur :

- Le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques ;
- La nutrition, la diététique, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et sportives, l'équilibre et la prévention des chutes, l'information et le conseil en matière d'hygiène et de prévention en santé et, ainsi que la sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie ;
- Le repérage et la prévention des difficultés sociales et de l'isolement social, le repérage des fragilités, le développement du lien social et de la citoyenneté.

Ces activités sont menées par les soignantes et par des intervenants extérieurs spécialisés (art-thérapeute, ergothérapeute, coach sportif, sophrologue, reflexologue...).

Chaque fin d'année, un questionnaire de satisfaction sur les activités est adressé aux résidents en préparation des animations de l'année suivante.

Les soignantes encouragent les résidents à participer aux activités en fonction de leur projet d'accompagnement, de ce qu'ils aiment et de leur capacité. Sur certains ateliers, des inscriptions en amont sont nécessaires (places limitées).

Une salle informatique avec internet est à disposition des résidents avec un accompagnement

des soignantes si besoin.

Des temps festifs sont régulièrement organisés au sein de la résidence : repas à thème, soirée thématique (fête des voisins, soirée crêpes, journée du sourire...) et des temps musicaux collectifs sont prévus une fois par trimestre.

Accompagner les transitions

Le centre Louise Coucheroux disposant de 3 services distincts, la notion de parcours de l'usager est au cœur des préoccupations.

Des activités interservices sont organisées entre la résidence autonomie, l'EHPAD et l'accueil de jour

Dès lors que le résident présente des difficultés à effectuer les gestes de la vie quotidienne et nécessite des soins au quotidien, les premiers jours une compensation est faite par l'équipe soignante (passerelle).

Des réunions sont réalisées avec les familles si besoin ou le représentant légal et les intervenants afin de mettre en place des actions, ne permettant pas l'aggravation de la perte d'autonomie (passage infirmier et/ou d'aide à domicile plus fréquent...). La résidence autonomie dispose d'une convention avec le SSIAD de l'Arbresle pour aider dans l'accompagnement.

Le résident et/ou sa famille et/ou son représentant légal est invité à revoir le plan APA en cas de perte d'autonomie en orientant vers l'assistante sociale du CCAS pour la constitution du plan.

Une visite du studio avec un ergothérapeute est proposée au résident. Ce bilan n'est pas facturé, seul l'achat du matériel conseillé reste à la charge du résident.

Accompagner un résident présentant des troubles psychiatriques, neurologiques, cognitifs ou une pathologie évolutive

Lorsqu'un résident présente une évolution de troubles psychiatriques, neurologiques ou cognitifs, ou une pathologie évolutive, la résidence met en place une démarche progressive d'évaluation, d'accompagnement et de coordination, dans le respect du consentement du résident et, le cas échéant, de son représentant légal.

Dans un premier temps, l'équipe recueille les observations du quotidien, l'avis des infirmiers et les éléments transmis par les intervenants. Une information est faite à la famille ou à la personne de confiance afin d'encourager la réalisation de bilans adaptés : consultation mémoire, bilan neurologique, hôpital de jour, avis du médecin traitant ou d'un spécialiste. L'objectif est d'évaluer la capacité du résident à rester dans la résidence, en tenant compte de son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son environnement et des éventuels risques pour lui-même, les autres résidents ou les professionnels.

Lorsque le résident est suivi par des partenaires extérieurs, notamment le centre médico-psychologique (CMP), l'établissement favorise les échanges avec ces professionnels, dans le respect du secret professionnel. Si le résident n'est pas encore suivi, un lien peut être proposé avec le CMP, une équipe mobile psychiatrique, le médecin traitant ou tout autre acteur spécialisé. Une réunion pluridisciplinaire peut être organisée avec la direction, les soignants, les partenaires et, si nécessaire, la famille, afin de définir les actions possibles au sein de la

résidence.

En cas de troubles cognitifs, l'accompagnement est adapté selon les résultats des évaluations. Une orientation vers un accueil de jour, une équipe spécialisée Alzheimer, un PASA (pôle d'activités et de soins adaptés, un séjour temporaire en EHPAD (Etablissement pour personne âgée dépendante, une UCC (unité cognitivo-comportementale) ou un SMR (soins médicaux et de réadaptation) peut être proposée selon la situation. Le résident et ses proches sont informés des objectifs de cette démarche, avec une présentation des dispositifs possibles : visite, rencontre de l'équipe, temps d'accueil ou constitution d'un dossier. Le projet personnalisé est alors réactualisé afin de tenir compte de l'évolution de l'autonomie, des besoins et des limites de l'accompagnement proposé par la résidence.

À chaque étape de perte d'autonomie ou d'aggravation des troubles, la résidence rappelle au résident et à ses proches les limites de son accompagnement. Lorsque le maintien dans la structure devient trop complexe ou ne permet plus de garantir la sécurité du résident, des autres résidents ou des professionnels, une orientation vers une structure plus adaptée est recherchée et anticipée, notamment vers un EHPAD ou un établissement spécialisé. L'établissement accompagne alors le résident et sa famille dans les démarches, tout en assurant la transmission des informations nécessaires à la continuité du parcours, avec l'accord de la personne.

Accompagner la fin de vie et le décès

La résidence autonomie intègre l'accompagnement de la fin de vie dans son projet d'établissement, en veillant à respecter les souhaits, la dignité, les convictions et le rythme de chaque résident. Cet accompagnement repose sur l'anticipation, la coordination avec les professionnels extérieurs et le soutien apporté au résident, à ses proches, aux autres résidents et aux équipes.

Dès l'accueil, ou lors de l'actualisation du projet personnalisé, la résidence veille à recueillir les souhaits du résident concernant les conditions de sa fin de vie, l'existence de directives anticipées, la désignation éventuelle d'une personne de confiance, l'accompagnement spirituel souhaité et les conduites à tenir en cas de décès. Ces éléments permettent d'anticiper au mieux les situations et d'adapter l'accompagnement dans le respect du choix de la personne.

Lorsque l'état de santé d'un résident nécessite un accompagnement de fin de vie, une réflexion est organisée avec le médecin traitant, les professionnels intervenant auprès de la personne et, avec son accord, ses proches. Cette coordination permet d'évaluer les besoins, de repérer les signes d'inconfort, d'adapter les moyens mis en place et d'anticiper, si nécessaire, le recours à des ressources spécialisées.

En cas de décès d'un résident, une communication adaptée est organisée. Les proches du résident décédé sont informés selon les modalités prévues, et une attention particulière est portée aux résidents qui entretenaient un lien fort avec la personne. Une information individuelle peut être privilégiée pour les personnes les plus proches, avant une communication plus collective auprès des autres résidents, afin de respecter à la fois l'intimité du défunt, la sensibilité des résidents et le besoin de compréhension de la vie collective.

L'ensemble de ces pratiques vise à faire de l'accompagnement de la fin de vie et du décès une démarche structurée, humaine et partagée, en cohérence avec les valeurs de la résidence autonomie.

3. L'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD

A. Admission et accueil

Le dossier de demande d'admission est constitué directement sur le site national « Via-trajectoire ».

Le médecin coordinateur donne un avis médical directement sur le site internet. Cet avis vise à vérifier l'adéquation entre les capacités d'accueil du service et la pathologie et/ou degré de dépendance du résident demandeur.

Après avis favorable, un entretien téléphonique est systématiquement réalisé avec le demandeur ou sa famille pour comprendre la situation. En fonction du dossier, une visite de l'établissement est proposée.

Si le lieu de vie correspond aux attentes de la personne et que l'établissement a la capacité de répondre à ses besoins, le dossier est placé en liste d'attente.

L'EHPAD a une grande vigilance sur les personnes présentant des maladies neurodégénératives avec des troubles du comportement car bien que le service soit sécurisé, il ne dispose pas d'unité protégée.

Les dossiers sont régulièrement évoqués en commission d'admission, en examinant les critères suivants : commune d'habitation, urgence au domicile, charge en soins et autonomie.

Lorsqu'un dossier est accepté, une visite à domicile ou à l'hôpital est systématiquement proposée afin de pouvoir présenter une partie de l'équipe et récolter les informations permettant l'accueil de la personne. Les objectifs sont de connaître et d'anticiper les besoins de la personne prochainement accueillie et de faciliter l'entrée.

Cette visite de préadmission est réalisée par une infirmière, la psychologue et le cadre de santé. Un entretien famille est également proposé.

B. De l'accueil à l'élaboration du projet de vie personnalisé

L'accueil est réalisé dans les différents temps de l'admission : premier contact avec la famille, le résident, les diverses visites, la visite de préadmission et également à l'entrée.

Une présentation du résident est réalisée de manière systématique aux autres résidents sous le format d'un temps d'échange convivial. La préparation de la chambre avant l'entrée est importante, un bouquet de fleurs est préparé afin d'accueillir la nouvelle personne.

A chaque étape, les équipes accompagnent le futur résident et sa famille dans l'acceptation du projet d'entrée en EHPAD. Cela ne doit pas être vécu comme le lieu de la dernière étape, du renoncement, de la rupture de la vie sociale, mais comme un nouveau lieu de vie où la personne âgée est au centre de son projet.

Le projet de vie doit être individualisé en fonction des attentes, des besoins et des capacités de la personne accueillie, avec néanmoins comme limites les impératifs du collectif et de l'organisation structurelle. Le projet de vie individualisé a pour but de conserver les habitudes du résident, de respecter ses désirs et ses particularités. L'ensemble des professionnels de

l'établissement est mobilisé autour de cette démarche et le résident doit être associé à toutes décisions le concernant.

Le projet de vie du résident vise à promouvoir son bien-être tout en respectant son identité. Celui-ci est un des garants de la bientraitance des équipes à son égard. Ainsi il s'agit d'une démarche d'amélioration continue des pratiques.

RECUEIL ET OBSERVATION DES BESOINS ET HABITUDES

Pour rédiger un projet de vie personnalisé, il est nécessaire de bien connaître la personne âgée, ses habitudes, ses goûts, ses désirs, ses aptitudes... Pour cela, un temps de recueil des habitudes de vie, de l'histoire du résident et de ses souhaits est réalisé lors de la visite de préadmission et l'entrée.

Ces informations sont présentées au personnel en relève.

Dès l'admission, une série d'évaluations est réalisée par l'équipe soignante afin d'établir un état de référence de la santé et de l'autonomie du résident.

Ces évaluations permettent d'adapter l'accompagnement, le projet personnalisé et le plan de soins dès les premiers jours de séjour.

- ◆ Le jour de l'entrée, l'équipe procède à :
 - L'évaluation de la douleur (à l'aide d'une échelle adaptée : EVA, Algoplus, Doloplus, selon le profil du résident) ;
 - Le relevé des constantes vitales : tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, température ;
 - La prise du poids et, si nécessaire, le calcul de l'IMC ;
 - L'évaluation du risque d'escarre à l'aide de l'échelle de Braden ;
 - Le recueil des antécédents médicaux, traitements en cours et allergies.

Ces éléments constituent la base du dossier de soins du résident.

- ◆ Entre J+15 et 1 mois après l'entrée

Une seconde phase d'évaluation est réalisée afin d'affiner la connaissance du résident et de compléter le projet personnalisé :

- Évaluation cognitive à l'aide du Mini Mental State (MMS) ;
- Évaluation du risque suicidaire et/ou dépression (à partir d'entretiens, d'observations et d'outils validés type mini-GDS) ;
- Réévaluation du GIR (Grille AGGIR), permettant d'ajuster le plan d'aide et les ressources mobilisées.

- ◆ Évaluation gériatrique médicale

En parallèle, le médecin coordonnateur réalise une évaluation gériatrique globale du résident, comprenant :

- L'évaluation de l'état de santé général, de la polymédication et de la fragilité ;
- L'analyse des besoins spécifiques (nutrition, mobilité, cognition, troubles sensoriels, etc.) ;

Des recommandations médicales individualisées transmises à l'équipe soignante et au médecin traitant.

L'objectif est de garantir une prise en charge globale, cohérente et adaptée à l'état de santé, aux capacités et aux besoins du résident dès son arrivée, en assurant une coordination optimale entre les professionnels.

Un temps d'observation d'un mois permet ensuite à l'équipe d'identifier les besoins spécifiques du résident.

ÉLABORATION DU PROJET DE VIE PERSONNALISÉ

À l'expiration du premier mois d'observation, une réunion de synthèse pluridisciplinaire est organisée avec le résident et ses proches pour rédiger son projet de vie personnalisé. Si la personne âgée n'a pas la capacité de réaliser son projet de vie personnalisé avec l'équipe, la personne de confiance (s'il y en a une), le représentant légal et/ou le référent familial sont associés.

La psychologue interroge au préalable le résident sur ses attentes et besoins. Le cadre de santé interroge la famille sur les mêmes points.

Le projet est ensuite travaillé en équipe pluridisciplinaire.

Une retranscription au résident et à sa famille est organisée ainsi que la signature du dit projet.

Un référent aide-soignant et un référent infirmier sont désignés pour chaque résident. Leurs missions principales :

- Recueillir les informations sur les besoins, habitudes, souhaits, valeurs et attentes du résident (et de sa famille).
- Participer à l'élaboration du projet personnalisé, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue, ergothérapeute, animateur, etc.).
- Assurer le suivi régulier de ce projet : vérifier qu'il reste adapté à l'évolution de la situation du résident (santé, autonomie, désirs).
- Être l'interlocuteur privilégié du résident et/ou de sa famille pour tout ce qui concerne la vie quotidienne et le projet de vie.
- Coordonner les actions de l'équipe pour garantir la cohérence de l'accompagnement (soins, animation, alimentation, autonomie, etc.).
- Participer à la réévaluation annuelle (ou plus souvent si besoin) du projet personnalisé.

Le projet de vie personnalisé répertorie les objectifs spécifiques, les actions à mettre en œuvre pour répondre aux attentes du résident et les observations du personnel.

Les contraintes institutionnelles sont prises en compte lors de cette rédaction. Les objectifs principaux sont de :

- développer ou de maintenir les capacités du résident et son autonomie ;
- travailler en amont et en aval pour favoriser le lien social et lutter contre l'isolement ;
- valoriser le résident et de rechercher les actions qui lui permettent de s'accomplir (nouveau projet, nouvelles activités, etc.) ;
- mettre en place une véritable adaptation de notre offre de services aux besoins et aux habitudes spécifiques recueillies lors de la période d'intégration.

RÉÉVALUATION DU PROJET DE VIE

Le projet de vie personnalisé est revu annuellement et à la suite de tout changement de

situation, lors d'une réunion où sont présentes les mêmes personnes que lors de l'élaboration du projet initial.

C. Le projet médical et de soins de l'EHPAD

Le projet médical et le projet de soins sont réunis en un seul projet, afin de rendre cohérente l'approche médicale et soignante. Le projet médical et de soins de l'EHPAD est un outil à l'usage des professionnels, afin qu'ils connaissent et partagent les objectifs communs du service.

Les valeurs clés qui sous-tendent le projet médical et de soins sont les suivantes :

- Respect du résident dans ses souhaits et habitudes de vie,
- Accompagnement adapté à chaque pathologie, recherche du consentement dans les soins, respect du secret professionnel, prise en charge de la douleur.
- Accompagnement de fin de vie, de préférence à l'EHPAD.
- Consultation systématique de la personne de confiance et des directives anticipées.

L'EHPAD accueille, par définition, des personnes fragiles et présentant des profils de vulnérabilité plus ou moins importants. Les facteurs de risque identifiés sont de trois ordres :

- les risques physiques et psychologiques ;
- les risques sociaux (isolement, perte identitaire, perte du rôle social) ;
- les risques liés à la situation d'accompagnement.

Les risques liés à la situation d'accompagnement concernent tout ce qui peut mettre en difficulté ou nuire au bien-être, à la dignité ou à la sécurité du résident à cause :

- d'un accompagnement mal adapté à ses besoins,
- d'une communication inappropriée,
- d'un manque de coordination entre professionnels,
- ou encore d'un comportement non conforme à l'éthique ou à la bientraitance.

1- PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

La prévention débute le jour de l'entrée avec une évaluation type échelle de Braden puis régulièrement une fois par mois. Tout est tracé dans le logiciel de soins.

En fonction des résultats de l'échelle de Braden, une adaptation du matériel est réalisée : type de matelas. Tout signe clinique cutané est tracé et entraîne une réévaluation de l'échelle et une transmission ciblée.

Les axes de prévention primordiaux contre ces affections sont le maintien de l'autonomie, la lutte contre la dénutrition, le matériel médical (lit médicalisé, matelas à air, coussin de positionnement...) les changements de position et l'effleurage des zones cutanées pour les plus fragiles.

Objectif : Permettre le maintien d'un état cutané satisfaisant.

Actions :

-Evaluation à l'entrée + une fois par mois.

-Adaptation de matériel.

-Traçabilité.

2- PREVENTION ET TRAITEMENT DE LA DESHYDRATATION

Le plan « bleu » est mis à jour annuellement et entre en application en fonction des niveaux d'alerte du plan canicule, cependant l'hydratation des résidents est une préoccupation permanente tout au long de l'année.

Selon les besoins (situations à risque comme diarrhée, fièvre...) les fiches d'hydratation sont immédiatement mises en place pour assurer un suivi.

La prévention se fait :

- Par voie orale : distribution de boisson et alimentation solide adaptée à base de crudités, fruits, soupe...
- Par voie sous cutanée : sur prescription du médecin traitant à l'aide d'une perfusion
- Par l'adaptation des thérapeutiques

D'autres actions complètent la prévention :

- Pièce aérée, ventilée, voir climatisée selon besoins

3- PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

La prévalence de la dénutrition avoisine, selon certaines études, près de la moitié des résidents en EHPAD. Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition et des troubles de déglutitions souvent associés, sont un axe important du projet de soin institutionnel afin d'éviter les complications morbides voir parfois mortelles qui en découlent : immunodépression (infections), Fonte musculaire (chutes), Iatrogénie, Escarres, Grabatisation

Des mesures de dépistage, prévention et de surveillance de la dénutrition doivent être systématiques pour tous les résidents de l'EHPAD

Mesures de Dépistage :

- A l'admission
- Au retour d'une hospitalisation de plusieurs jours.
- À tout moment si baisse des apports alimentaires constatés ou baisse durable de l'état général
- Lors ou au décours d'évènements médicaux à risques (infection, chute traumatisante...)
- En cas d'aggravation des troubles cognitifs/comportementaux.
-

⇒ **Echelle d'évaluation du risque nutritionnel :**

MNA simplifiée et grille OAG (état buccodentaire) instaurée lors de toute admission et a été réalisée pour l'ensemble des résidents.

⇒ **Selon les critères phénotypiques et étiologiques HAS 2021**

Variation du poids sur 1 ou 6 mois

IMC (Taille : Carte Identité ou distance Talon-Genoux)

Evaluation appétit/apports alimentaires informels sur plusieurs jours ou formalisés (ingesta sur 24h à 72h)

Albuminémie (à l'admission et/6mois) : critère de sévérité

Les mesures de prévention de la dénutrition : Rechercher des facteurs de risques associés à la dénutrition et mettre en place des mesures correctives :

- ⇒ Liés au terrain
- ⇒ Liés à l'environnement
- ⇒ Liés aux médicaments

- ⇒ Liés au contexte psychologique
- ⇒ **L'enrichissement naturel sera largement proposé** à l'ensemble des résidents au vu des nombreux facteurs de risques partagés.

Mesures de surveillance mensuelles :

- Poids/mois et + si dénutrition
- IMC/mois
- Facteurs de risques ?
- Albuminémie + CRP / : lors admission (si albuminémie > 3 mois) et tous les 6mois.
- Fiche de surveillance des apports alimentaires sur au moins 24h (ou plus) en cas de dénutrition **ou** en cas de baisse constatée des apports.

Si variation poids importante penser à :

- *Recontrôler le poids*
- *Rechercher des œdèmes*
- *Rechercher la prise de diurétiques*

Bon à savoir /fausses croyances : Un résident obèse ou en surpoids pour être dénutri (perte de poids/albuminémie). Un résident dénutri avec des œdèmes peut ne pas perdre de poids (poids avant œdème /apports alimentaires/albuminémie)

Stratégie de prise en charge de la dénutrition - HAS 2021.

Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation ¹ à 1 semaine

1. La réévaluation comporte :

- le poids et le statut nutritionnel ;
- la tolérance et l'observance du traitement ;
- l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente ;
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta).

4- PREVENTION DES TROUBLES DE DEGLUTITIONS

- ⇒ Souvent associés et causes ou conséquences des troubles nutritionnels, ils sont aussi activement recherchés par l'observation lors des temps de repas :
 - En systématique dans les jours suivant l'admission
 - En cas de baisse de l'état général
 - En cas de baisse des apports alimentaires
 - En cas de problème buccodentaires
 - En cas de troubles cognitifs évolués
 - En cas de maladie neuro-dégénérative à risque (Parkinson..)
- ⇒ En présence de troubles identifiés (toux lors ou après repas, hémhage, voix humide/érrillée...) ou fortement suspectés (terrain à risque) : **avis et prescription**

Accusé de réception en préfecture
069-266910033-20260625-DELIB_2026-33-DE
Date de réception préfecture : 01/07/2026

- médicale pour *bilan orthophonique* et pour *le changement de texture alimentaire/eau*
- ⇒ L'EHPAD bénéficie de l'intervention de deux orthophonistes libérales pour bilan et prise en charge (rééducation ou réadaptation).
 - ⇒ Un ergothérapeute salarié peut aussi être sollicité dans le cadre du positionnement au fauteuil et l'évaluation du besoin en couverts ergonomiques.

Les équipes sont formées à la conduite à tenir devant un trouble de déglutition sévère (obstruction partielle ou totale des voies aériennes) et ont à leur disposition des protocoles médicaux sur ce thème.

5- GESTION DE L'INCONTINENCE URINAIRE ET FECALE

Le port de protection ne doit en aucun cas empêcher l'accompagnement régulier aux toilettes. Les soins d'hygiène et prévention d'escarres sont adaptés selon les besoins des résidents. Une formation annuelle sur l'utilisation des protections est réalisée au profit des soignants. La surveillance de l'élimination des urines permet entre autres de dépister une déshydratation et parfois évoquer une infection. La priorité est alors de vérifier l'apport hydrique et de le corriger si besoin. Les autres actions (ECBU..) se feront sur prescription médicale.

La surveillance des selles qualitative (via l'échelle de BRISTOL) et quantitative pour les résidents concernés se fait sur Netsoins, avec système d'alerte en l'absence de selles depuis plusieurs jours. La plupart des résidents bénéficient d'une prescription de laxatifs oraux en prévention. Les soignants sont sensibilisés à alerter rapidement les IDE en cas de troubles du transit et savoir y penser devant des signes moins évocateurs comme des troubles du comportement inhabituels.

6- DEPISTAGE ET GESTION DES TROUBLES SENSORIELS

Evaluation informelle des troubles visuels et auditifs, du port de lunettes ou de prothèses auditives par les IDE à l'admission.

Orientation vers un ophtalmologiste ou ORL en cas de besoin.

Démarche en cours pour proposer annuellement un dépistage des troubles visuels de l'ensemble des résidents sur l'EHPAD. Il faudra aussi prévoir un dépistage des troubles de l'audition.

7- LA CONTENTION PHYSIQUE

La contention physique fait l'objet d'une prescription médicale, d'évaluations journalière par les IDE et mensuelle par le médecin coordonnateur

L'adhésion du résident et/ou de sa famille/tuteur est systématiquement recherchée.

Le bénéfice risque de pose de contention est toujours discuté en équipe pluridisciplinaire avec la recherche d'autres alternatives (lit Alzheimer, approches comportementales, adaptation environnement...)

La procédure disponible comprend les modalités de prise de décision de prescription ainsi que les bonnes pratiques à observer lors d'une contention.

8- GESTION DE LA DOULEUR

Les soignants sont formés à l'utilisation de 3 échelles d'évaluations : l'échelle verbale simple pour les résidents pouvant s'exprimer et l'échelle ALGOPLUS et ECPA pour les autres

Une formation de rappel par le médecin coordonnateur a eu lieu en 2025

Les soignants sont attentifs à dépister et signaler rapidement les douleurs afin que les médecins traitants puissent intervenir rapidement. Par ailleurs, les approches non médicamenteuses permettent aussi d'accompagner voir de diminuer la douleur ressentie.

9- PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

L'hygiène a une place capitale dans la gestion des soins. Les protocoles et procédures sont élaborés en lien avec l'EMH (Equipe mobile d'hygiène) des HCL et sont diffusés aux soignants. Le matériel nécessaire à la mise en place des précautions standard et complémentaires ainsi que celui du bio nettoyage est disponible sur tout l'établissement. Des formations sont réalisées régulièrement.

De nombreux documents des HCL sont disponibles sur la gestion documentaire informatisée. Une convention d'hygiène avec l'EMH des HCL a été signée afin bénéficier de l'expertise de professionnels de l'hygiène pouvant fournir des conseils et réaliser des formations.

Le document d'analyse médical du risque infectieux ou DAMRI est en place depuis 2025 et est en cours de mise à jour.

La gestion des BMR et BHR¹ se fait selon les recommandations de l'EMH

La gestion des déchets et notamment des DASRI² fait l'objet d'un protocole, et d'une convention avec un organisme les récoltant.

Les procédures HACCP³ et RABC⁴ sont respectivement mises en place en cuisine et en buanderie.

Le carnet sanitaire est mis en place, avec traçabilité des différents prélèvements d'eau, de température, de détartrage... pour le « risque Légionnelles ».

La vaccination est pilotée par le médecin coordonnateur en lien avec les médecins traitants.

Le médecin coordonnateur intervient de façon plus spécifique sur l'information concernant la vaccination anti grippale et covid des résidents et des salariés, pour ces derniers, la vaccination est proposée et financée par l'établissement.

Les autres vaccins des résidents sont calqués sur le calendrier vaccinal annuel du ministère des affaires sociales et de la santé.

Concernant les salariés, les vaccins obligatoires sont contrôlés par le médecin du travail.

10- PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CHUTES

Evaluation à l'entrée :

La prévention débute le jour de l'entrée par une évaluation du risque ;

- Vue et audition adaptées.
- Chaussage et vêtements adaptés.
- Prise en compte de la iatrogénie.
- Prise en compte des pathologies favorisant le risque de chute : pathologies dégénératives, antécédents de chute...
- Prise en compte de l'environnement de la chambre : chambre surchargée ?

En réponse à cette évaluation pluridisciplinaire, un plan d'action est défini et noté dans le

1 Bactérie multi résistante et bactérie hautement résistante émergente

2 Déchets d'activité de soins à risque infectieux

3 Hazard Analysis Critical Control Point

4 Risk Analysis Bio Contamination Control System

dossier médical.

Prévention :

La préoccupation première du service est de favoriser la liberté d'aller et venir des personnes (préconisation ANESM) tout en leur assurant une sécurité optimale lors de leurs déplacements. Pour ce faire, les différents espaces communs ont été aménagés en fonction des besoins des populations accueillies.

La mise ou remise en confiance du résident est primordiale. Celle-ci est favorisée par l'intervention des kinésithérapeutes libéraux, de la psychomotricienne et par le biais de la gymnastique adaptée. Ces intervenants permettent le maintien de l'autonomie et surtout permettent d'éviter tout recours à la contention.

En cas de chute :

- Protocole en cas de chute pour conduite à tenir immédiate (mettre en sécurité, évaluer, alerter).
- Evaluation des conséquences immédiates et à distance (syndrome post chute)
- Mesures correctives et/ou préventives discutées en équipe et lors du staff dédié avec le médecin coordonnateur
- Traçabilité dans le dossier de soins en transmission et fiche de chute.
- Information du référent familial
- Réévaluation du plan d'actions

Gestion qualité :

Analyse des motifs de chutes dans l'établissement pour améliorer le plan d'actions général de l'établissement.

OBJECTIF : RÉDUIRE LE NOMBRE DE CHUTES

Action 1 : Améliorer l'identification des facteurs de risques tels que la dénutrition, les troubles de la marche, la iatrogénie et l'administration d'hypnotiques/neuroleptiques.

Action 2 : Améliorer l'analyse des chutes sur le logiciel de soins (fiches de chute) et la rendre systématique afin de mettre en place les mesures préventives nécessaire.

11- PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT

La prévention débute à l'entrée lors de l'entretien d'accueil et de la visite de préadmission.

Afin de prévenir l'apparition des troubles de l'humeur et du comportement, l'établissement veille à :

- Améliorer les pratiques en termes de diagnostic, de prévention et de traitement des troubles du comportement perturbateurs ;
- Promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses, les soins relationnels ;
- Éviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques.

Les équipes soignantes réalisent au quotidien une appréciation des troubles que peut

manifester le résident. Cette appréciation, lorsque c'est nécessaire, induit une évaluation collégiale et quotidienne en relève :

- Ecarter un diagnostic différentiel physique, somatique : douleur, constipation, infection urinaire.
- Ecarter un problème sensoriel : vue inadaptée, audition, goût odorat.
- Identification des faits déclencheurs de la crise.
- Mise en place d'actions de prévention et/ ou curatifs.

Les troubles du comportement sont évalués si besoin et lors du projet d'accompagnement par les soignants avec l'échelle de la NPI.

Ces troubles évalués permettent si besoin de solliciter l'intervention du médecin traitant. Les professionnels sont formés et des relèves thématiques sont organisées par le médecin télé-coordonateur.

OBJECTIF : PERMETTRE UN MEILLEUR REPÉRAGE ET UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT

Action 1 : Harmoniser les pratiques des professionnels dans la gestion de ces troubles.

Action 2 : Poursuivre le recours à l'expertise d'intervenants extérieurs et/ou à des spécialistes (équipes mobiles de gériatrie) en cas de troubles persistants de l'humeur et du comportement.

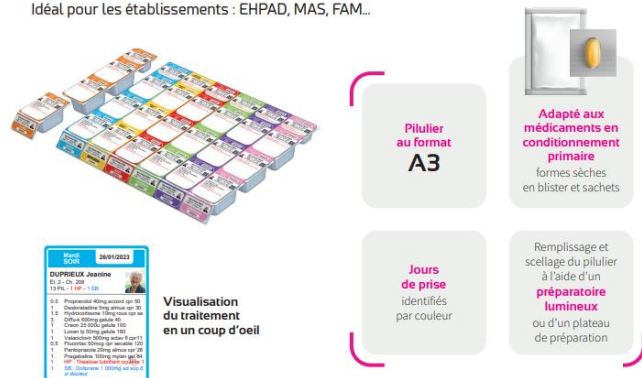
12- PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Un audit du circuit du médicament, réalisé en octobre 2024, a mis en évidence plusieurs points nécessitant des améliorations.

Depuis avril 2025, le système de préparation des doses à administrer (PDA) a évolué avec la mise en place du dispositif PILI de chez Praticima®.

Ce système permet la réalisation d'un pilulier hebdomadaire sans déblistérage des médicaments, facilitant ainsi les réajustements en cas de modification des traitements. Il renforce la sécurisation du circuit du médicament à chaque étape, grâce notamment à une double vérification lors de la préparation en pharmacie via le logiciel PILI et le contrôle pharmaceutique associé.

Pilulier Pili®
Idéal pour les établissements : EHPAD, MAS, FAM...



- Pilulier au format A3**
- Adapté aux médicaments en conditionnement primaire**
formes sèches en blister et sachets
- Jours de prise identifiés par couleur**
- Remplissage et scellage du pilulier à l'aide d'un **préparatoire lumineux** ou d'un plateau de préparation
- Visualisation du traitement en un coup d'œil**

La PDA, un enjeu essentiel pour optimiser le parcours de soins



Sécurisation et traçabilité

- Respect des exigences réglementaires des ARS
- **Mise en sécurité des résidents**
- Administration du médicament en conformité avec la prescription initiale
- Adaptation à tout changement de traitement en cours de mois
- Moins de hors piluliers à gérer : moins de risques d'erreurs

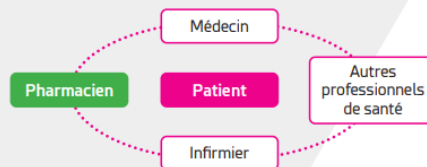


Efficacité

- **Optimisation de l'observance médicamenteuse**
- Amélioration de la **prise en charge du patient**
- **Gain de temps** : meilleure gestion du circuit du médicament

Le pharmacien, acteur du suivi de l'observance

En exerçant la PDA, le pharmacien se positionne au centre du parcours de soins du patient, en tant que correspondant.



Lors de la dispensation, les infirmiers (IDE) et aides-soignants (AS) peuvent vérifier la concordance entre la prescription médicale et le pilulier. Les mentions obligatoires y figurent : nom et prénom du résident, date de naissance, numéro de chambre, indication d'écrasement éventuel des comprimés, ainsi qu'une photo du résident.

L'EHPAD Coucheroux a signé une convention avec la pharmacie du Valvert, qui s'engage à assurer la mise en œuvre de ce dispositif sécurisé. Mais chaque résident conserve le libre choix de son pharmacien. À son admission, il signe un consentement confirmant son choix de pharmacien.

En cas de souhait du résident ou de sa famille de recourir à un autre pharmacien, les conditions de préparation et de livraison devront impérativement respecter les exigences réglementaires du circuit du médicament, conformément aux critères de la haute autorité de santé et de l'ARS.

Le changement de logiciel de soins, réalisé en décembre 2025, permet une interface directe avec le système PILI, évitant ainsi la retranscription manuelle des ordonnances et réduisant le risque d'erreur.

Une procédure du circuit du médicament est en cours de rédaction afin de préciser les rôles et responsabilités de chaque intervenant.

Un stock d'urgence et un stock tampon sont définis par le médecin coordonnateur et font l'objet d'un contrôle mensuel. Le dispositif IDEGO permet aux infirmiers de nuit d'accéder à ces stocks en cas d'urgence.

La formation des professionnels est assurée par les infirmiers lors de l'intégration de chaque nouveau salarié au sein de l'établissement.

Les erreurs médicamenteuses sont systématiquement tracées et signalées. Elles font l'objet d'une procédure spécifique de gestion d'urgence et d'un traitement qualité afin d'assurer le suivi et la prévention des risques.

Objectif d'amélioration : Renforcer la sécurisation du circuit du médicament au sein de l'EHPAD, depuis la prescription jusqu'à l'administration, afin de réduire le risque d'erreurs médicamenteuses et d'assurer la traçabilité complète des traitements.

Action 1 : Finaliser et déployer la procédure du circuit du médicament

Description : Rédiger, valider et diffuser la procédure interne détaillant chaque étape du circuit du médicament (prescription, préparation, dispensation, administration, traçabilité, gestion des erreurs).

Responsables : Infirmière coordinatrice (IDEC) / Pharmacien référent / Direction.

Échéance : 1er trimestre 2026.

Indicateurs de suivi :

Procédure validée et diffusée à l'ensemble du personnel.

Taux de professionnels formés à la nouvelle procédure (objectif $\geq 90\%$).

Audit interne post-déploiement (nombre de non-conformités relevées).

Action 2 : Former et sensibiliser l'ensemble des professionnels au système PILI et à la prévention des erreurs médicamenteuses

Description : Mettre en place un plan de formation continue et de sensibilisation (formation initiale pour les nouveaux arrivants + rappels réguliers). Inclure des mises en situation ou retours d'expérience à partir des erreurs signalées.

Responsables : IDEC / Référent qualité / Pharmacien partenaire.

Échéance : Formation initiale avant juin 2026, puis sessions de rappel annuelles.

Indicateurs de suivi :

Pourcentage de professionnels formés.

Nombre d'erreurs médicamenteuses signalées avant/après formation.

Taux de participation aux sessions de formation.

13- MISE EN PLACE DE MÉTHODES INNOVANTES ET NON MÉDICAMENTEUSES

Avant la mise en œuvre de méthodes innovantes ou d'approches médicamenteuses, une identification précise des besoins et capacités du résident est réalisée. Cette étape permet d'adapter les interventions de manière préventive ou curative face aux troubles du comportement et/ou aux troubles de la désorientation. Elle repose sur un recueil de données à l'entrée ainsi que sur le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), élaboré en co-construction avec le résident et ses proches.

Le plan d'action, qu'il soit préventif ou curatif, est personnalisé. Les activités, individuelles ou collectives, sont choisies en cohérence avec le PAP afin de répondre aux besoins et aux envies du résident.

Pour certains résidents, l'utilisation de la musique lors des soins permet de proposer une approche plus douce et apaisante. En cas de troubles du comportement, une analyse étiologique est systématiquement réalisée avant toute prescription médicamenteuse.

Les approches non médicamenteuses ne se limitent pas à des interventions ponctuelles : elles constituent une véritable philosophie d'accompagnement au quotidien, visant à concilier l'autodétermination et le développement du pouvoir d'agir des résidents avec l'adaptation de l'environnement aux troubles de la mémoire et aux démences.

Un exemple concret de cette approche a été réalisé au printemps 2025 : chaque chambre a été personnalisée avec une devanture colorée, choisie par le résident, rappelant les façades de maison ou d'immeuble. Les codes visuels, tels que boîte aux lettres, fenêtre ou lampe, servent de repères pour la mémoire et l'orientation. La décoration est adaptée aux saisons, offrant un soutien supplémentaire pour la perception du temps.

Chaque jour, un petit atelier structure la journée du résident autour de la date, d'un dicton, de la météo ou d'autres repères ludiques. Le planning hebdomadaire des activités et le menu sont affichés et expliqués pour renforcer la prévisibilité et la compréhension.

Enfin, des sorties extérieures sont régulièrement proposées, en fonction des objectifs définis dans le PAP de chaque résident, afin de favoriser l'autonomie, le lien social et le bien-être global.

A. Le chariot Snoezelen

L'approche SNOEZELEN est une prise en charge non médicamenteuse qui permet de réintroduire dans la vie des personnes, souffrant de maladie d'Alzheimer, de maladies apparentées ou de troubles de la communication, la notion de bien-être à travers la redécouverte du monde des sensations.

Le résident peut alors découvrir et explorer un large éventail de sons, d'odeurs, de formes, de textures, de couleurs et d'effets lumineux. Grâce à la stimulation et à la relaxation proposées lors des séances, le résident peut accéder à un mieux-être psychique.

Les objectifs de ce projet pour les résidents sont les suivants :

- Offrir un moment de lâcher-prise permettant de mettre à distance des tensions,
- Diminuer les angoisses et les troubles du comportement,
- Raviver le schéma corporel,

B. La balnéothérapie

Cette activité est proposée de façon personnalisée par les soignantes.

Le choix du résident est discuté en équipe pluridisciplinaire. La baignoire thérapeutique a la capacité d'accueillir toute personne et ce, quel que soit son niveau de dépendance.

La prise en soin individuelle est très appréciée des résidents et favorise la relation. On observe alors davantage de langage même pour les personnes en difficulté pour s'exprimer. Être dans l'eau est pour certain évocateur des souvenirs, de lien social.

Des massages thérapeutiques éveillant les parties musculaires et osseuses sont aussi proposés. Le portage de l'eau et les limites physiques de la baignoire sont aussi favorables aux enveloppes psychiques et corporelles.

C. Le chariot flash : un outil de prévention, d'apaisement et de lien social

Les animations « flash » sont des interventions courtes et ciblées, conçues pour répondre de manière souple et réactive aux besoins des résidents. Si elles peuvent être utilisées en situation

de tension ou de désorientation, elles s'inscrivent également dans une démarche préventive afin de limiter la fatigabilité, soutenir les capacités restantes et favoriser le bien-être au quotidien.

Elles constituent également des moments privilégiés entre les soignants et les résidents, permettant une relation individualisée, apaisante et qualitative. Ces temps dédiés offrent l'opportunité de renforcer le lien de confiance, de valoriser le résident et de personnaliser davantage l'accompagnement.

Chaque animation flash est pensée en lien avec le PAP du résident. Les activités proposées sont adaptées à son histoire de vie, à ses capacités, à ses préférences et à ses besoins spécifiques. Cette individualisation permet de donner du sens aux interventions et de favoriser l'engagement du résident.

Ces animations ont été conçues et élaborées par les équipes pluridisciplinaires de l'EHPAD. Elles sont destinées à être utilisées non seulement par les professionnels (soignants, animateurs, AMP/AES, psychologue...), mais également par les familles. Les proches peuvent ainsi participer à la mise en œuvre de petites activités avec leur parent, retrouvant un rôle actif et créant un lien parfois différent en institution.

Les animations flash peuvent être réalisées en chambre ou dans une petite salle d'activité, et sont volontairement brèves (environ 15 minutes). Cette courte durée permet de

- limiter la fatigue des résidents,
- maintenir leur attention,
- éviter la frustration ou la surcharge sensorielle,
- proposer un moment apaisant, ludique ou stimulant sans contrainte.

Exemples d'activités :

- Jeux interactifs : Puzzles, jeux de mémoire, jeux de réflexion simples ou activités numériques adaptées. Ces supports permettent une stimulation douce tout en offrant un moment ludique et sécurisant.
- Ateliers créatifs : Coloriage, bricolage léger, manipulation d'objets, petits travaux d'aiguille... Ces activités valorisent les compétences du résident, notamment lorsque son parcours de vie comporte un lien avec les activités manuelles.
- Stimulation cognitive : Énigmes simples, jeux d'association, remue-méninges, exercices sollicitant la mémoire ou l'attention. Ces moments favorisent l'activation des fonctions cognitives tout en restant accessibles.
- Relaxation et bien-être : Respiration guidée, massages des mains, musique douce, méditation courte, yoga assis... Ces activités aident à la détente et soutiennent un climat apaisé pour le résident comme pour le soignant.

D. La Tovertafel : un outil de stimulation, de maintien des acquis et de lien social

C'est un dispositif innovant et largement reconnu dans l'accompagnement des personnes âgées, notamment celles vivant avec des troubles cognitifs. Cette technologie interactive projette au sol ou sur une table des jeux lumineux et sensoriels, favorisant une stimulation douce, positive et adaptée.

Grâce à ses jeux interactifs, la Tovertafel agit sur plusieurs dimensions essentielles du quotidien des résidents : stimulation cognitive, motricité fine et globale, interactions sociales, engagement dans l'activité, et bien-être émotionnel. Les recherches menées autour de son

utilisation démontrent des effets concrets sur la réduction de l'apathie, de l'agitation et sur l'amélioration du plaisir et de l'attention.

L'utilisation de la Tovertafel s'inscrit pleinement dans le Projet d'Accompagnement Personnalisé de chaque résident. Les jeux sélectionnés sont adaptés à ses capacités, à son rythme, à ses centres d'intérêt et à son vécu. Ainsi, la Tovertafel permet de :

- valoriser les compétences conservées,
- maintenir les acquis grâce à des exercices ludiques et accessibles,
- stimuler les potentiels encore présents sans générer de fatigue ou de frustration,
- offrir une activité cohérente avec les objectifs définis en équipe pluridisciplinaire.

Cette personnalisation garantit une expérience positive et valorisante, renforçant l'estime de soi et le sentiment de réussite chez la personne accompagnée.

La Tovertafel est également un outil de médiation relationnelle, créant des moments privilégiés entre les soignants et les résidents. Le dispositif encourage le jeu partagé, les échanges spontanés, les sourires et les gestes de coopération. Ces instants contribuent à renforcer la relation de confiance, à apaiser les comportements liés à la désorientation et à soutenir la qualité du lien quotidien.

La Tovertafel est régulièrement proposée aux familles, qui peuvent partager une partie ou une séance de jeu avec leur proche. Ce dispositif favorise :

- un moment de complicité dans un cadre institutionnel parfois intimidant,
- des échanges renouvelés et portés par le plaisir,
- une manière différente de communiquer, notamment lorsque le langage est altéré,
- le maintien du lien affectif, essentiel au bien-être du résident.

L'implication des familles autour de la Tovertafel renforce leur sentiment d'appartenance, leur compréhension de l'accompagnement proposé et leur place dans le projet de vie de leur parent.

En intégrant la Tovertafel à son offre d'accompagnement global, l'EHPAD affirme son engagement envers le bien-être des résidents, la qualité de l'accompagnement et l'innovation au service du « prendre soin ».

Elle contribue à renforcer une posture centrée sur la personne, à enrichir le quotidien des résidents et à offrir un environnement chaleureux, stimulant et inclusif.

OBJECTIF : Poursuivre la mise en œuvre et l'évaluation des méthodes innovantes et non médicamenteuses

Action 1 : Évaluer l'efficacité et l'impact des projets Snoezelen, balnéothérapie, animations flash et Tovertafel, ainsi que des activités en groupe, en lien avec les objectifs définis dans le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) de chaque résident. Cette évaluation prendra en compte le bien-être, la stimulation cognitive, le maintien des acquis et la participation sociale des résidents.

Action 2 : Développer et formaliser l'implication des familles dans les activités (Tovertafel, animations flash ou ateliers créatifs) afin de renforcer le lien résident-famille et favoriser une continuité de l'accompagnement au-delà du cadre institutionnel.

Action 3 : Systématiser l'analyse des séances en équipe pluridisciplinaire, pour partager les observations, mesurer les bénéfices, ajuster les interventions et enrichir le PAP de chaque résident.

14 - ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

L'EHPAD garantit à chaque résident une prise en charge adaptée et respectueuse jusqu'à la fin de vie, conformément aux recommandations de bonnes pratiques des soins palliatifs en établissement. L'accompagnement repose sur une approche globale, centrée sur la personne, ses besoins, ses volontés et son histoire de vie.

Principes de l'accompagnement :

- Les valeurs d'humanisme, de bienveillance et de respect guident l'ensemble des interventions.
- Une présence régulière et personnalisée d'un membre de l'équipe est assurée auprès du résident, afin de garantir confort, sécurité et écoute.
- La conservation des liens familiaux et sociaux est favorisée, tout comme le maintien du lien avec les autres résidents lorsque cela est souhaité.
- Le recueil des volontés du résident, y compris les directives anticipées, est réalisé dès l'entrée dans l'établissement, dans le respect du cadre réglementaire et en accord avec la législation en vigueur. Cela permet d'adapter dès le départ l'accompagnement et de proposer un soutien psychologique aux proches si nécessaire.
- La présence de la famille et des proches est encouragée y compris en dehors des horaires de visite, dans le respect des souhaits du résident.

Évaluation et coordination des soins palliatifs, lorsqu'une situation de fin de vie est identifiée :

- une évaluation systématique est réalisée à l'aide de la grille PALLIA 10 Géroto,
- le médecin traitant est informé et acte la mise en place des soins palliatifs,
- la famille est consultée et informée de la démarche,
- chaque situation est anticipée dans la mesure du possible, et des protocoles anticipés sont prescrits pour faciliter la prise en charge immédiate et sécurisée.

L'établissement a conventionné avec :

- une équipe mobile de soins palliatifs,
- une hospitalisation à domicile (HAD),
- le dispositif IDEGO, assurant un passage infirmier à la demande ainsi qu'une surveillance nocturne de 20h à 5h.

Ces dispositifs permettent une adaptation rapide et individualisée des soins, un suivi continu et la coordination des interventions en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD. La démarche privilégie le confort et la qualité de vie du résident et adapte si nécessaire l'organisation habituelle des soins. Elle comprend notamment :

- le traitement de la douleur, des nausées et des vomissements,
- la gestion des troubles du comportement,
- l'adaptation de l'alimentation (repas fractionnés, textures adaptées, compléments nutritionnels) en respectant les goûts et préférences du résident.

Les soignants bénéficient de formations régulières en soins palliatifs, notamment sur la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, la communication avec les familles et les pratiques de fin de vie. Cette formation continue assure un accompagnement humain, sécurisant et de qualité pour chaque résident.

L'ensemble de ces mesures a pour objectif de garantir une fin de vie apaisée et respectueuse, tout en soutenant les proches et l'équipe soignante dans un accompagnement partagé, coordonné et personnalisé.

OBJECTIF : Accompagner au mieux les résidents en fin de vie :

Action 1 : Formaliser et diffuser la procédure de recueil des directives anticipées et de désignation de la personne de confiance

Action 2 : Systématiser la prémédication antalgique et les soins de confort en fin de vie

Action 3 : Organiser des temps de formation/débriefing d'équipe après les décès (analyse des pratiques, soutien psychologique)

Action 4 : Conventionner avec une EMSP.

Action 5 : Évaluer et formaliser la prise en charge des situations de fin de vie :

- Utiliser systématiquement la grille PALLIA 10 Géroto pour évaluer les situations de fin de vie.
- Documenter les interventions, le suivi et les protocoles anticipés dans le dossier du résident, en lien avec le PAP.
- Vérifier la coordination avec le médecin traitant, l'équipe mobile de soins palliatifs, l'HAD et le dispositif IDEGO.

Action 6 : Renforcer l'implication des familles et du résident dans la démarche

- Recueillir les volontés du résident et directives anticipées dès l'entrée dans l'établissement.
- Informer et consulter systématiquement la famille lors de l'identification d'une situation de fin de vie.
- Favoriser la présence des proches et leur participation aux soins et aux moments de vie du résident.

Action 7 : Développer les compétences des équipes et la qualité de l'accompagnement

- Assurer des formations régulières des soignants sur la prise en charge de la douleur, la communication en fin de vie, le soutien psychologique et les pratiques de soins palliatifs.
- Formaliser les protocoles anticipés et les réévaluer périodiquement pour garantir la continuité et la sécurité des soins.
- Encourager la coordination pluridisciplinaire pour partager les observations et adapter l'accompagnement selon les besoins du résident.

D. Animation et relations avec les familles

1- VIE SOCIALE ET LIENS FAMILIAUX PAR LES ANIMATIONS

L'animation en établissement constitue un élément central de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, visant à favoriser le bien-être, la convivialité et la participation sociale. Elle est assurée par les soignants, en complément d'activités thérapeutiques ou spécialisées proposées par des intervenants extérieurs (psychomotricien, orthophoniste, art-thérapeute, musicothérapeute, animateurs sportifs).

Les activités sont pensées et adaptées aux besoins, envies, centres d'intérêt et capacités de chaque résident. Pour les personnes présentant des troubles cognitifs, des animations plus individualisées et sensorielles sont proposées. La participation des résidents est volontaire, et le personnel veille à encourager la participation dans le respect des choix de chacun.

Un planning hebdomadaire des activités est communiqué aux résidents et à leurs familles et affiché au sein de l'établissement. Les animations ont pour objectifs principaux :

- favoriser le bien-être et la détente, limiter les angoisses et prévenir les troubles du comportement ;
- maintenir les capacités physiques, cognitives, praxiques et affectives ;
- lutter contre l'isolement et le repli sur soi, en encourageant la création de liens et le plaisir partagé ;
- créer des relations différentes et positives entre le résident et le personnel soignant.

Les animations, les activités thérapeutiques, les repas, les temps de repos et la vie dans les espaces communs sont autant de médiations sociales qui renforcent les interactions entre résidents et contribuent à la vie collective de l'EHPAD.

2- MAINTIEN ET RENFORCEMENT DES LIENS FAMILIAUX

L'EHPAD veille à ce que chaque résident conserve des liens familiaux, éléments essentiels de son identité et de son bien-être. Les familles et proches sont informés régulièrement de l'état de santé et de la vie quotidienne de leur proche. Elles sont consultées dans le cadre de la co-construction du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et rencontrées au minimum une fois par an.

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) joue un rôle majeur dans le dialogue avec les familles, en permettant de définir les grandes orientations de l'établissement et de consulter à la fois les représentants des résidents et des familles.

Pour renforcer l'information et la communication, un logiciel dédié permet de partager :

- Des photos des résidents et de leurs activités ;
- Le planning des animations ;
- Des informations sur la vie de l'établissement.

Les familles peuvent également envoyer des photos à leur proche et contribuer à une gazette imprimée par les soignants, favorisant ainsi le maintien du lien familial. Elles ont été impliquées dans des projets concrets, comme le choix des couleurs des chambres des résidents.

Des moments conviviaux sont régulièrement proposés : animations avec les familles, repas de Noël, fête de l'été, et possibilité pour les familles de déjeuner avec leur proche dans un espace dédié.

Un projet de création d'une association des familles est en cours, visant à renforcer les liens entre les familles et avec les équipes soignantes. Cette association permettra de :

- Enrichir le panel des animations proposées ;
- Organiser des événements participatifs tels que loto, marché de Noël ou brocante ;
- Favoriser les échanges et la solidarité entre les familles et le personnel, contribuant ainsi à la cohésion de la communauté de l'EHPAD.

La connaissance des relations familiales et de la dynamique personnelle permet à l'équipe de proposer un accompagnement individualisé, au plus proche des besoins et attentes du résident, tout en soutenant les familles face aux enjeux liés à l'institutionnalisation de leur proche. L'accueil, l'écoute et l'accompagnement des familles sont essentiels pour répondre à leurs questions et attentes, tout en conservant un positionnement neutre et respectueux vis-à-vis des relations familiales existantes.

OBJECTIF : Renforcer la vie sociale et les liens familiaux au sein de l'EHPAD

Action 1 : Développer la communication et l'information des familles

- Informer les familles et proches de l'état de santé et de la vie quotidienne de leur résident.
- Utiliser le logiciel dédié pour partager photos, activités, planning et informations sur la vie de l'établissement.
- Maintenir un suivi régulier dans le cadre de la co-construction du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

Action 2 : Favoriser l'implication et la participation des familles

- Inviter les familles aux moments conviviaux (animations, repas de Noël, fête de l'été) et permettre les repas dans un espace dédié.
- Les associer aux projets spécifiques tels que le choix des couleurs des chambres et la réalisation de la gazette.
- Créer et soutenir l'association des familles pour renforcer les liens entre familles et avec les soignants, organiser des événements (loto, marché de Noël, brocante) et enrichir les animations proposées.

Action 3 : Renforcer la concertation et la participation institutionnelle

- Valoriser le rôle du Conseil de la Vie Sociale (CVS) pour consulter les familles et les résidents élus sur les grandes orientations de l'établissement.
- Assurer des rencontres régulières et formalisées avec les familles pour recueillir leurs attentes et avis.
- Adapter les interventions et animations en fonction des retours des familles et des résidents afin de soutenir un accompagnement personnalisé et cohérent.

4. L'organisation et le fonctionnement de l'accueil de jour

L'accueil de jour reçoit des personnes âgées de plus de 60 ans (ou de plus de 57 ans avec dérogation) valides, à un stade débutant ou modéré de la maladie d'Alzheimer, résidant sur Écully ou les communes limitrophes.

L'accueil de jour s'adresse principalement :

- aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et, pour certains accueils de jour, aux personnes atteintes d'autres maladies neuro-dégénératives comme la maladie de Parkinson par exemple ;
- aux personnes âgées en perte d'autonomie physique.

L'accueil de jour permet aux personnes âgées :

- de bénéficier d'un suivi régulier et d'un accompagnement adapté,
- d'entretenir leurs capacités grâce aux activités adaptées proposées lors de l'accueil de jour,
- de renouer des liens,
- de sortir de chez elles.

L'accueil de jour permet à leurs proches :

- de pouvoir libérer du temps durant la journée,
- de pouvoir échanger avec les professionnels de l'accueil de jour, de ne pas rester seuls avec des questions et de partager des inquiétudes,
- de pouvoir échanger avec d'autres familles vivant la même situation.

A. Processus d'admission à l'accueil de jour

Les personnes accueillies sont principalement adressées par les consultations mémoire, les maisons de la Métropole de secteur et les médecins traitants, l'ESAD (équipe de soins Alzheimer à domicile de L'arbresle) et les orthophonistes.

Tous les demandes doivent passées et sont traitées par la plateforme « Via trajectoire ».

La demande d'admission repose sur un dossier de pré-admission comportant une partie administrative et médicale à faire remplir par l'utilisateur à son médecin traitant. Ce dossier est alors étudié en commission d'admission.

Si l'avis est favorable, une visite de pré admission est fixée.

La personne et sa famille sont ensuite reçues par la psychologue et un aide-soignant pour présenter la structure et recueillir les éléments et informations nécessaires à l'accueil de la personne et à l'élaboration de son projet d'accompagnement.

A cette étape, la famille a un entretien avec la psychologue pour comprendre la situation. La future personne accueillie est prise en charge par un soignant qui va faire connaissance et lui permettre de réaliser une immersion au sein d'une activité et/ou du groupe.

A la fin de cette visite, un bilan est effectué en équipe pour connaître la faisabilité et les modalités d'entrée.

Le choix des jours d'accueil se fait au regard des places disponibles mais également en fonction des aides existantes, du rythme de vie du patient et de sa famille.

L'utilisateur est accueilli entre 1 et 5 jours par semaine de 9H30 à 16H30 du lundi au vendredi. Son accompagnement sur l'accueil de jour peut être réalisé par une société qui propose un transport adapté ou par leurs propres moyens.

Un mois d'essai est prévu pour la personne accueillie afin de permettre une période d'adaptation avec un seule journée par semaine. A l'issue, le nombre de jours peut être augmenté.

B. Le déroulement de la prise en charge à l'accueil de jour

ACCUEIL (à partir de 9h30)

Le temps de l'accueil a pour objectif de permettre aux usagers de reprendre leurs repères temporo-spatiaux et de recréer des liens au sein du groupe. Cela est favorisé grâce au positionnement rassurant des professionnels qui permet également aux personnes d'exprimer leurs ressentis.

Il s'agit de créer dès les premiers pas dans l'accueil de jour, un climat chaleureux, convivial et de confiance où chacun se sente bienvenu, attendu, reconnu, entendu et accueilli dans son individualité.

Grâce à la collation matinale, la personne retrouve un rôle social grâce à la communication, le maintien de son autonomie et sa prise d'initiatives seront favorisés. Le temps d'accueil permet de préciser les repères pour la journée comme la date du jour, les activités prévues, les intervenants présents, les événements marquants et les actualités quotidiennes.

ACTIVITES THERAPEUTIQUES

Les activités sont réalisées de 10h à 11H45 et de 14H à 16H.

DÉJEUNER (11h45-13h)

Le déjeuner, moment de convivialité et d'échanges, présente plusieurs enjeux majeurs. D'une part, il permet de prévenir la dénutrition grâce à l'attention portée sur les aspects nutritionnels, la diversité des goûts, la texture des aliments et l'équilibre alimentaire.

Ce repas thérapeutique est l'occasion de maintenir l'autonomie restante des usagers en participant en fonction de leur capacité au dressage, au service et au débarrassage de la table dans un esprit convivial.

D'autre part, il permet de stimuler la personne grâce à l'accompagnement réalisé par les professionnels, tout en étant attentif aux troubles de la déglutition et à l'hydratation. Une attention particulière est portée également à l'environnement du repas (vaisselle, décoration, ambiance...).

Ce temps de repas permet le maintien des repères dans le temps mais aussi des capacités praxiques, du comportement à adopter et aux règles sociales qui lui sont propres.

Le repas permet également de favoriser les liens sociaux grâce aux échanges, aux souvenirs qu'il suscite mais aussi de pouvoir faire des choix selon leur goût. Un menu de remplacement est disponible si besoin.

REPOS (13h-14h)

Un temps calme est proposé après le repas. Il respecte les habitudes de vie des personnes. Il s'inscrit dans une ambiance détendue, propice aux confidences et aux moments de complicité entre les personnes.

Certaines personnes prennent l'initiative de jouer ensemble et d'autres bénéficient d'un accompagnement plus individuel.

DÉPART (16h30)

Le départ est un temps de transition du retour chez soi. L'accompagnement proposé permet de prévenir le risque d'angoisse qui peut favoriser l'émergence de troubles du comportement. Un temps de bilan permet de mesurer l'intérêt de la journée, l'état émotionnel de la personne mais aussi d'échanger et de transmettre les informations importantes aux aidants.

C. L'accompagnement personnalisé des usagers

L'accueil de jour est avant tout un espace de vie, un lieu social et socialisant qui entreprend une démarche adaptative de soin individualisé. Il favorise le maintien de l'autonomie, des fonctions cognitives et de l'orientation temporo-spatiale de la personne accueillie via une prise en charge de qualité et individualisée.

Ainsi la personnalisation de l'accompagnement repose sur plusieurs éléments :

- > Le dossier du patient qui comprend le dossier administratif et médical, le recueil des habitudes de vie, les évaluations mais aussi son projet individualisé pensé en fonction de ses besoins propres et de ses attentes de ceux de son aidant principal.
- > Rendre acteur l'utilisateur dans ses choix sur la poursuite ou non de l'accompagnement au sein de l'accueil de jour par une écoute active
- > Les temps de transmissions, de réunions cliniques, d'évaluations et de réflexion.
- > L'accompagnement aux actes de la vie quotidienne est organisé dans le respect des rythmes de chacun par une équipe pluridisciplinaire de professionnels formés aux spécificités

des personnes accueillies.

Des activités spécifiques et adaptées sont proposées par les professionnels. Le planning d'ateliers permet de répartir au mieux les activités et de les diversifier.

Chaque atelier est proposé et non imposé. Une activité alternative à l'activité principale est prévue pour certaines personnes notamment les plus dépendantes. Chacun doit être valorisé dans l'activité et satisfait de sa participation.

Ces activités permettent à la personne de :

- mobiliser les capacités fonctionnelles et motrices, mais aussi les fonctions cognitives et sensorielles
- de s'orienter dans le temps et dans l'espace,
- de conserver son identité en exprimant ses goûts, ses choix, ses opinions.
- avoir des projets et être acteur de sa vie en passant des moments agréables
- retrouver un rôle social au sein d'un groupe.

Le respect est la valeur sous-jacente de toutes activités. Elle implique le respect de l'intimité, des rythmes, des choix, des opinions, des décisions de la personne accueillie. Les activités de groupe sont favorisées afin de créer du lien social.

1- ATELIERS ADAPTÉS ET AUTRES ANIMATIONS

Les activités de l'accueil de jour sont primordiales et font partie intégrante du projet d'accueil. Celles-ci sont centrées sur l'individu, ses capacités, ses souhaits, ses désirs, ses centres d'intérêts mais aussi sur sa maladie, ses troubles et son état émotionnel.

Grâce à la présence de deux AS qui sont également assistants de soins en gérontologies ASG, d'intervenants extérieurs, il est possible de proposer plusieurs activités simultanément afin d'être au plus proche des besoins des personnes accueillies.

a. Atelier d'ergothérapie et d'atelier d'équilibre

Les ateliers sont des exercices physiques qui permettent d'assouplir et/ou de développer l'utilisation de son corps. Ils mobilisent l'ensemble de l'appareil locomoteur et respectent l'anatomie de la personne. Ils sollicitent l'équilibre, le tonus, le schéma corporel, l'image du corps mais aussi les notions spatio-temporelles.

L'ergothérapeute intervient les lundis et jeudis après-midi pendant une heure. L'objectif est de travailler au niveau du système musculosquelettique afin d'améliorer la posture, la démarche et l'équilibre. Il propose un parcours composé de plusieurs éléments (cerceaux, obstacles, marches,) qui permettent de maîtriser les mouvements et développer la coordination. Travail des membres supérieurs avec jets de balles en position debout pour travailler les réactions parachutes.

La gym douce est proposée deux fois par semaine par l'association SIEL bleu pendant une heure.

Ces activités s'adaptent aux capacités physiques et psychologiques de chaque groupe et au lieu d'intervention. Les séances prennent en compte la personne dans sa globalité grâce à une mobilisation articulaire et musculaire complète, mais aussi à un travail cardio-respiratoire

adapté.

b. Atelier d'art-thérapie

Grâce aux médiations (peinture, écriture, photographies, etc.) et à la valorisation qu'elle induit, l'art-thérapie permet à la personne de conserver des possibilités d'échange, de lien, de communication. Cette expression artistique s'inscrit dans une dynamique groupale et individuelle. Elle favorise la prise d'initiative, le plaisir à faire et aide la personne à trouver place dans le groupe en faisant, proposant, admirant, encourageant et observant.

c. Atelier de musicothérapie

L'art-thérapeute intervient 2 heures par semaine sur de la musicothérapie.

La musique, en tant que médiation, permet de travailler sur les troubles associés aux troubles cognitifs : anxiété, dépression, agitation, aphasie, repli sur soi, isolement, difficulté à exprimer ses sentiments, ses émotions, ou à entrer en relation avec les autres.

Dans cet atelier d'écoute musicale, il s'agit d'aborder la musique comme vecteur de lien social et favorisant un mieux-être via la prise de plaisir.

d. Atelier créatif

Cet atelier met en œuvre les capacités créatrices de la personne et son imagination grâce à une sélection de supports, de motifs, de couleurs et de matériaux. Chaque participant est libre d'emporter sa réalisation si celle-ci est individuelle. Certaines créations individuelles ou groupales sont exposées au sein de l'accueil de jour.

Les notions de plaisir et de désir restent primordiales afin de favoriser l'investissement de la personne. Ainsi des tableaux, des poteries, des dessins, des mosaïques, et des collages ont pu être réalisés au fil des séances.

e. Atelier mémoire

Afin de stimuler la mémoire du quotidien, des exercices adaptés sont proposés chaque jour. Ils sollicitent la personne d'un point de vue sensoriel mais aussi cognitif grâce aux exercices de mémorisation, de restitution des connaissances générales ou des souvenirs.

Le langage, les praxies et les gnosies sont également mis au travail lors de ces temps. Il s'agit d'amener la personne à se souvenir ou à utiliser sa mémoire tout en restant très vigilant à ce qu'elle ne se sente pas en échec.

Un réel travail de valorisation des capacités est réalisé par les équipes chaque jour.

2- ÉVALUATIONS PÉRIODIQUES

Des évaluations sont réalisées chaque trimestre et semestre. Elles permettent d'apprécier l'adaptation de la personne au groupe, à la dynamique générale, au rythme de la structure et aux activités mais aussi d'observer l'évolution de la maladie, des troubles psycho-comportementaux associés.

Des évaluations de la dépendance sont réalisées 2 fois par an en équipe pluridisciplinaire avec un retour aux familles. De plus, le PAP est réévalué tous les ans.

D. L'aide aux aidants

L'aide aux aidants est réalisée au quotidien dans l'accueil des demandes d'admissions et physiquement sur RDV ou sur des temps plus informels.

Avant l'entrée, pendant l'entretien de » visite de préadmission de chaque personne accueillie, une évaluation de la situation au domicile est réalisée :

- Plan d'aides en places.
- Dossier APA en cours.
- Difficultés rencontrées + mini-ZARIT.

Le CCAS a mis en place un café des aidants qui se réunit une fois par mois sur la commune. Il adhère aussi à la métropole aidante et peut ainsi s'appuyer sur ces ressources. Intervention du CCAS sur demande.

France ALZHEIMER : information et plaquettes.

Plan d'actions / Objectifs pour l'accueil de jour :

Réalisation d'un projet d'accompagnement personnalisé à l'entrée de l'accueil et réactualisation annuelle :

- Evaluation semestrielle de l'évolution globale de l'usager
- Participation aux animations
- Fonctions cognitives et évolution (stagnation, dégradation ou amélioration)
- Communication envers les autres
- NPI (trouble de la dépression, irritabilité, anxiété, dysphorie..)
- Evaluation du GIR
- Retour aux familles de cette évaluation dans un temps d'échange défini et personnalisé.

Lutter contre l'isolement des usagers qui n'ont pas accès aux sorties, aux activités culturelles, de loisirs ou citoyennes, du fait d'un manque de ressources sociales.

- Créer et développer les échanges avec d'autre population (intergénérationnelle, personnes en situation de handicap) :
- Développer des activités avec le centre de loisirs, le centre social via le chantier VVV, les enfants du CME avec un projet coconstruit (plantation, chasse aux œufs, ...).
- Envisager un partenariat avec l'école de musique

Favoriser les échanges entre les services (agents et résidents/usagers) avec des activités communes autour des moments clés de l'année (préparation des événements type Noël , carnaval, pâques—des centres de table, décoration, mobiles pour l'intérieur et l'extérieur, identification des arbres).

Mettre en place d'autres approches de soins pour prévenir ou apaiser les troubles du comportement en favorisant le bien-être (aménagement extérieur, tover tafel, medalier, pedalier, escalier avec plateforme de répit)

Elaborer une démarche de signalement internes (gestion et mise en place d'un protocole sur les EI (commun aux trois services).

Mettre en place le nouveau projet d'accompagnement via le nouveau logiciel.

Inclure dans le contrat d'accueil la désignation de la personne de confiance.

Création d'un livret de remplaçant avec la mise à jour la fiche de poste (horaires, activité, les jours et heures des intervenants, les tâches à effectuer...)

Via trajectoire : si difficulté dans la démarche, il existe un conseiller numérique à la mairie pour faire les demandes. Orienter toutes demandes d'admission vers la plateforme via trajectoire.

PARTIE 5 : MAINTENANCE, ENTRETIEN ET PRESTATIONS DE SERVICE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

1. Entretien des locaux

A. Maintenance des bâtiments

La mairie d'Ecully est chargée, en sa qualité de propriétaire, de la maintenance et de l'entretien des bâtiments. Les équipes du centre Louise Coucheroux établissent des demandes d'interventions pour chaque problème technique signalé par les résidents, leurs familles ou les professionnels.

Les services techniques de la mairie traitent les demandes en affectant un agent technique ou font intervenir une entreprise selon les besoins.

En cas d'urgence, la mairie intervient sans délai dans le cadre de son astreinte prévue en dehors des horaires des responsables.

Les consignes à appliquer en cas d'incendie sont connues et affichées. L'ensemble du personnel est formé (recyclages réguliers : équipier de 1ère intervention).

Le centre Louise Coucheroux dispose d'un contrat qui lui est propre avec un prestataire pour le suivi du carnet sanitaire et les contrôles annuels de recherche de légionelles.

B. Confort et entretien des locaux

Les locaux doivent être confortables, bien chauffés, propres et certains d'entre eux climatisés en été (salle commune du RDC à la résidence, rotonde centrale à l'EHPAD, pièce de vie à l'accueil de jour). L'équipe d'agents d'entretien du centre Coucheroux a un rôle très important pour tout ce qui touche à la qualité du cadre de vie proposé aux résidents et aux visiteurs. Les protocoles d'hygiène et la traçabilité de l'entretien des locaux sont en place.

2. La restauration

Les repas du centre Louise Coucheroux sont confectionnés chaque jour sur site dans la cuisine de la résidence autonomie.

Cette dernière est mise à la disposition d'un prestataire dans le cadre d'un marché public de fourniture de repas conclu avec le CCAS. Le titulaire du marché est chargé d'élaborer des menus équilibrés (par une diététicienne) de même qu'une gamme de repas dits spéciaux (diabétique, sans sel, sans graisse, sans porc, sans viande, haché/mouliné, mixé, sans résidu). Une centaine de repas sont préparés et servis chaque jour. Une dizaine d'animations, repas spéciaux sont organisés dans l'année (Noël, jour de l'an, chandeleur...).

Le titulaire du marché assure le nettoyage des équipements et locaux auxquels il a accès et réalise les contrôles d'hygiène et microbiologiques prévus par la réglementation (respect des normes HACCP). Il assure également l'embauche, l'encadrement et la formation du personnel

de restauration.

A. Restauration à la résidence autonomie

Les repas sont servis dans la salle de restaurant du RDC tous les jours à 12h. Il s'agit d'un service à l'assiette, réalisé par le personnel du titulaire du marché.

Des diners légers sont distribués en fin de repas aux résidents qui en ont fait la demande. Les inscriptions aux repas sont gérées par les aides-soignantes au cours de permanences hebdomadaires.

Chaque résident peut à cette occasion, inscrire les invités de son choix et ce, tous les jours de l'année (une table est alors dressée spécialement).

Un soignant ou un étudiant en santé est présent de manière systématique aux repas 7j/7 dimanches et fériés compris.

Les personnes extérieures peuvent aussi réserver et déjeuner à la résidence. Cette ouverture vers l'extérieur est encouragée, avec une communication notamment lors des repas à thèmes.

B. Restauration à l'EHPAD et à l'accueil de jour

Le titulaire du marché assure le conditionnement des repas pour leur transport vers le bâtiment de l'EHPAD ; en liaison chaude le midi et le soir .

Les repas sont servis à 12H15 le midi et 18h15 le soir par les aides-soignantes, aux résidents les plus fatigables afin qu'ils puissent être couchés en priorité (environ trois résidents).

Les aides-soignantes veillent au service et à l'assistance à la prise des repas des résidents les plus dépendants.

Le service des repas en chambre reste tout à fait exceptionnel et lié à l'état de santé des résidents.

Les petits déjeuners et goûters sont préparés et servis par le personnel soignant.

Les invités et familles sont les bienvenus, sur inscription.

C. Commission « menu »

Une commission des menus se réunit environ 3 fois par an. Celle-ci est composée d'agents du centre Coucheroux, de résidents, de la diététicienne et du chef gérant du titulaire du marché et de la directrice du centre. Elle formule des avis/recommandations sur la variété, la composition des menus mais aussi sur la qualité du service du personnel de restauration.

3. Entretien du linge plat et des vêtements des résidents

Le centre Louise Coucheroux ne dispose pas de blanchisserie et a fait le choix d'externaliser l'entretien de l'ensemble des articles textiles. Deux marchés publics ont été conclus par le CCAS avec deux prestataires différents.

La première société assure la location et l'entretien du linge plat (draps, éponges...), des tenues de travail du personnel (tous les agents quelle que soit leur fonction, disposent de cinq tenues de couleurs différentes), des bavoirs, des franges et lavettes (pour le personnel d'entretien) et des tapis. Deux ramassages/livraisons ont lieu chaque semaine. L'entretien du linge plat concerne exclusivement l'EHPAD. Cette prestation est incluse dans le prix de journée de l'EHPAD.

Une deuxième société est en charge du linge personnel des résidents et des couvertures de l'EHPAD. Cette prestation, non obligatoire (comprenant également le marquage du linge) est proposée moyennant un forfait mensuel qui vient s'ajouter au prix de journée uniquement pour la résidence autonomie. Pour l'EHPAD, l'entretien du linge des résidents est compris dans le tarif hébergement. Deux ramassages/livraisons ont lieu chaque semaine.

Chaque résident et/ou famille conserve la possibilité d'entretenir ses vêtements lui-même. Les circuits propre/sale sont respectés par les agents et personnels des deux sociétés qui peuvent accéder directement au local linge propre (prêt d'une clé aux livreurs)

4. Les autres prestations externes

Un salon de coiffure, situé au RDC de la résidence est mis à la disposition de coiffeurs. Les tarifs sont affichés à l'entrée du salon mais aussi dans l'entrée de l'EHPAD. Ils sont à la charge du résident qui conserve la possibilité de faire venir le coiffeur de son choix dans son studio ou sa chambre. Les rendez-vous sont pris directement auprès des professionnels, par le résident, sa famille ou encore par le personnel avec l'accord de la famille.

Des pédicures/podologues interviennent également au sein de l'établissement.

Le principe est le même pour la prise de rendez-vous. Le tarif, appliqué par l'intervenant à titre libéral reste à la charge du résident.

PARTIE 6 : LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES AU SEIN DE LOUISE COUCHEROUX

1. Organigramme du Centre Louise Coucheroux

Le centre Louise Coucheroux dispose d'un organigramme. Celui-ci est régulièrement mis à jour

2. Statut et organisation du personnel

Le personnel du centre Louise Coucheroux dépend de la Fonction Publique Territoriale dont le statut est régi par deux lois fondamentales :

- > Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- > Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Le personnel se compose d'agents titulaires de la fonction publique, mais aussi d'agents contractuels et de vacataires.

Les agents du centre Louise Coucheroux sont placés sous l'autorité du président du CCAS, et sous l'autorité hiérarchique de la directrice du CCAS.

Une astreinte administrative est assurée 24h/24h par l'équipe de direction de la Ville et du CCAS.

La directrice (chef d'établissement) épaulée par l'équipe d'encadrement, assume quotidiennement la gestion du personnel, en collaboration étroite avec le service des Ressources Humaines de la Ville d'Écully. Une convention de mutualisation des services supports entre la Ville et le CCAS est signée. Le service des ressources humaines de la Ville assure donc les opérations relatives au suivi de carrière et à la gestion des paies des agents.

L'absentéisme du personnel est suivi de près par l'encadrement qui, dans l'intérêt des services, évite de recourir à du personnel intérimaire très coûteux et préfère proposer aux agents titulaires intéressés, de réaliser des heures supplémentaires rémunérées.

Pour les remplacements plus longs, il est fait appel aux agents vacataires, connus des résidents et habitués des conditions d'organisation de chaque service.

3. Politique managériale

La mise en place d'une politique managériale bientraitante constitue l'une des priorités de l'équipe d'encadrement du centre Louise Coucheroux.

En effet, il existe une puissante synergie entre les pratiques managériales éthiques et la recherche de performance au sein d'une organisation. Pour améliorer la qualité, il faut pouvoir compter sur toutes les ressources particulières des agents et sur leur motivation, tout cela dans un climat serein, qui laisse place à l'épanouissement personnel.

A. Dialogue social

Les instances représentatives du personnel existent au sein de la ville d'Écully et du CCAS. Celles-ci se réunissent de façon régulière dans le cadre de leurs attributions respectives.

La direction du centre organise régulièrement des réunions administratives ou organisationnelles dans chaque service et reste bien évidemment à la disposition de chaque agent pour tout problème particulier.

B. Prévention des risques professionnels

Le DUERP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels) existe au sein de la Ville d'Écully et du CCAS. Ce document est le fruit d'une collaboration étroite entre la direction et l'agent chargé de prévention du service ressources humaines.

Il recense tous les risques professionnels visualisables par unité et par risque.

Dans la continuité, le registre de santé et de sécurité au travail destiné au signalement des dangers graves et imminents ainsi qu'au recueil d'événements intéressant la santé et la sécurité au travail est ouvert depuis janvier 2017.

C. Logiciel RH

En février 2026, un nouveau logiciel de planning et de gestion du temps a été mis en place. Il permet aux professionnels de consulter leurs plannings prévisionnels et les plannings réels soit sur place soit à distance via une application mobile.

Les agents peuvent gérer leurs demandes d'absences ou signaler les heures supplémentaires réalisées. Ils peuvent également prendre connaissance de leur compteurs congés et heures en temps réel.

D. Accueil et suivi du personnel

Les recrutements sont, d'une manière générale, gérés par la direction du centre Louise Coucheroux, sauf pour les postes de cadre qui sont assurés par la direction du CCAS.

Au cours des entretiens de recrutement, il est mis l'accent sur les compétences mais surtout les valeurs partagées quant à l'accompagnement du public accueilli. L'accueil de tout nouvel agent donne lieu à une visite du centre, un entretien d'information avec le cadre de santé et/ou la directrice et la signature d'un contrat de travail ou arrêté. Des fiches de poste existent et sont réactualisées chaque fois que nécessaire.

Pendant la période estivale, l'établissement privilégie les agents ayant déjà exercé dans les services (stagiaires ou remplaçants habituels), la préparation du recrutement d'été est envisagée dès le mois de mars.

Des livrets des nouveaux arrivants sont à mettre à jour pour l'ensemble des services.

E. Politique de recrutement et attractivité

Face aux difficultés de recrutement qui touchent l'ensemble du secteur médico-social, et plus

particulièrement les métiers orientés vers le soin et l'accompagnement des personnes âgées, le Centre Louise Coucheroux a engagé une politique active pour renforcer son attractivité et diversifier. Des partenariats ont été tissés avec la Maison métropolitaine pour l'emploi, la mission locale et France Travail.

Le centre Louise Coucheroux constitue également un terrain de stage pour de nombreux élèves. Les évaluations sont réalisées par les maîtres de stage désignés dès le début du stage.

PARTIE 7 : PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITE 2025-2030

Le plan d'amélioration de la qualité constitue le socle opérationnel du projet d'établissement 2025-2030 du Centre Louise Coucheroux. Il décline les orientations stratégiques en actions concrètes, mesurables et suivies dans le temps. Ce plan couvre les trois services de l'établissement (Résidence Autonomie, EHPAD et Accueil de Jour) et intègre les dispositions communes transversales. Il sera suivi annuellement par le comité de pilotage et réévalué à mi-parcours.

A. DISPOSITIONS COMMUNES AUX TROIS SERVICES

1. Garantie des droits individuels et participation des usagers

GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET PARTICIPATION DES USAGERS			
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Veiller à la conformité réglementaire et à la participation des usagers	Action 1 : Assurer une veille réglementaire active et adapter les outils aux évolutions législatives (loi ESSOC, réforme ESSMS...)	Pendant la durée du projet (continu)	Direction
	Action 2 : Organiser des enquêtes de satisfaction auprès des résidents, usagers et familles des trois services	Annuel / Pendant la durée du projet (continu)	Direction
	Action 3 : Poursuivre l'organisation et l'animation des Conseils de la Vie Sociale (CVS) de chaque service, 3 fois par an minimum	Annuel Pendant la durée du projet (continu)	Direction
	Action 4 : Mettre à jour les livrets d'accueil et documents contractuels (contrat de séjour, règlement de fonctionnement) de chaque service	Annuel ou Pendant la durée du projet (continu)	Direction

2. Valeurs et éthique au sein de l'établissement

VALEURS ET ÉTHIQUE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Poursuivre la démarche éthique engagée	Action 1 : Organiser des temps de réflexion éthique interdisciplinaires animés par la psychologue, le médecin coordinateur, le CDS.	2 fois/an (continu)	Direction Médico Psychologue
	Action 2 : Intégrer les enjeux éthiques liés à l'accompagnement de la fin de vie et aux droits des personnes dans les formations internes	2 fois/an (continu)	Direction Médico Psychologue
	Action 3 : Etablir un plan de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance.	2 fois/an (continu)	Direction Médico Psychologue
	Action 4 : Promouvoir la bientraitance et prévenir toute forme de maltraitance (formation des équipes, sensibilisation, protocoles)	2 fois/an (continu)	Direction Médico Psychologue

B. RÉSIDENCE AUTONOMIE

1. Personnalisation de l'accompagnement

PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT			
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Mettre en place un projet de vie personnalisé pour chaque résident	Action 1 : Renforcer la co-construction des projets personnalisés avec le résident et son entourage dès l'admission	À l'admission puis annuel	Direction Équipes soignantes
	Action 2 : Réévaluer et actualiser les projets de vie au moins une fois par an	À l'admission puis annuel	Direction Équipes soignantes
	Action 3 : Développer l'utilisation du logiciel de soins pour le suivi des projets personnalisés	À l'admission puis annuel	Direction Équipes soignantes

2. Promotion de l'autonomie et prévention de la perte d'autonomie

PROMOTION DE L'AUTONOMIE, DE LA QUALITÉ DE VIE ET DES RELATIONS SOCIALES			
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Développer et diversifier les actions de prévention de la perte d'autonomie	Action 1 : Enrichir le programme d'activités de prévention (gymnique adaptée, ateliers mémoire, équilibre, danse-thérapie, art floral, méditation...)	Continu 2025-2030	Direction Équipe AS
	Action 2 : Développer des partenariats intergénérationnels (crèche, école, associations) pour lutter contre l'isolement	Continu 2025-2030	Direction Équipe AS
	Action 3 : Mettre en place de nouvelles actions dans le cadre du forfait autonomie en lien avec les financements	Continu 2025-2030	Direction Équipe AS

	alloués.		
	Action 4 : Moderniser et optimiser les dispositifs de sécurité (appel malade, téléassistance) en lien avec la Ville d'Écully.	Continu 2025-2030	Direction Équipe AS

3. Vie sociale et liens familiaux

VIE SOCIALE ET MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX			
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Renforcer les liens sociaux et familiaux	Action 1 : Soutenir toute initiative des proches visant à favoriser le maintien des liens familiaux	Continu	Psychologue CDS
	Action 2 : Développer des animations communes entre la résidence autonomie et les deux autres services du centre.	Continu	Psychologue CDS
	Action 3 : Impliquer les résidents dans la vie collective du centre (commission des menus, CVS, journal interne...)	Continu	Psychologue CDS

C. EHPAD

1. Projet médical et de soins

PROJET MÉDICAL ET DE SOINS – EHPAD			
Objectifs	Actions	Périodicité / Année de réalisation	Référent
Prévenir et prendre en charge la dénutrition	Action 1 : Renforcer la surveillance et la traçabilité de la prise des repas sur le logiciel de soins	Continu	CDS / Méd- co
	Action 2 : Systématiser le signalement des situations de dénutrition et la collaboration avec le prestataire de restauration (diététicienne)n lors des staffs dénutrition.	Continu	CDS / Méd- co
	Action 3 : Inciter les médecins traitants à une surveillance biologique régulière.	Continu	CDS / Méd- co
Prévenir et prendre en charge les chutes	Action 1 : Améliorer l'identification des facteurs de risque (dénutrition, iatrogénie, troubles de la marche...).	Continu	CDS / Méd- co
	Action 2 : Systématiser l'analyse des chutes sur le logiciel de soins et mettre en œuvre les mesures préventives.	Continu	CDS / Méd- co
	Action 3 : Développer les équipements de prévention (mobilié adapté, parcours de santé, agrès extérieurs) et séance ergo en individuel.	Continu	CDS / Méd- co
	Action 4 : Conventionner avec les professionnels kiné pour	Continu	CDS / Méd- co

	les impliquer dans le projet d'accompagnement des résidents et de service pour notamment les actions de prévention et de PEC des chutes.		
Prévenir et prendre en charge la douleur	Action 1 : Utiliser les échelles d'évaluation de la douleur de manière systématique et tracer les résultats	Continu	CDS / Méd-co Psychologue
	Action 2 : Systématiser la prémédication antalgique avant tout soin douloureux	Continu	CDS / Méd-co Psychologue
	Action 3 : Former les équipes aux nouvelles approches de gestion de la douleur	Continu	CDS / Méd-co Psychologue
Prévenir et prendre en charge les troubles comportementaux	Action 1 : Harmoniser les pratiques professionnelles dans la gestion des troubles de l'humeur et du comportement notamment dans les relèves et dans les staffs.	Continu	CDS / Méd-co Psychologue
	Action 2 : Pérenniser les prises en soins en binômes et développer les méthodes non médicamenteuses (Snoezelen, balnéothérapie, chariot multisensoriel, tover tafel)	Continu	CDS / Méd-co Psychologue
	Action 3 : Faire appel à des experts extérieurs en cas de troubles persistants (psychiatrie, équipes mobiles...) Conventions avec équipes mobiles.	Continu	CDS / Méd-co Psychologue
Sécuriser la prise en charge médicamenteuse	Action 1 : Poursuivre et renforcer la sécurisation du circuit du médicament (administration, traçabilité)	Continu Audit annuel	Direction CDS / Méd-co
	Action 2 : Encourager les médecins traitants à saisir les ordonnances sur le logiciel de soins	Continu Audit annuel	Direction CDS / Méd-co
	Action 3 : Réaliser des audits annuels du circuit médicament et suivre le plan d'action spécifique.	Continu Audit annuel	Direction CDS / Méd-co
Accompagner au mieux les résidents en fin de vie	Action 1 : Formaliser et diffuser la procédure de recueil des directives anticipées et de désignation de la personne de confiance	Dès 2025 puis continu	Direction Méd-co / CDS Psychologue
	Action 2 : Systématiser la prémédication antalgique et les soins de confort en fin de vie	Dès 2025 puis continu	Direction Méd-co / CDS Psychologue
	Action 3 : Organiser des temps de formation/débriefing d'équipe après les décès (analyse des pratiques, soutien psychologique)	Dès 2025 puis continu	Direction Méd-co / CDS Psychologue
	Action 4 : Conventionner avec une EMSP.	Dès 2025 puis continu	Direction Méd-co / CDS Psychologue
	Action 5 : Évaluer et formaliser la prise en charge des situations de fin de vie : - Utiliser systématiquement la grille PALLIA 10 Géroto pour évaluer les situations de fin de vie. - Documenter les interventions, le suivi et les protocoles anticipés dans le dossier du résident, en lien avec le PAP. - Vérifier la coordination avec le médecin traitant, l'équipe mobile de soins palliatifs, l'HAD et le dispositif IDEGO.	Dès 2025 puis continu	Direction Méd-co / CDS Psychologue

	Action 6 : Renforcer l'implication des familles et du résident dans la démarche - Recueillir les volontés du résident et directives anticipées dès l'entrée dans l'établissement. - Informier et consulter systématiquement la famille lors de l'identification d'une situation de fin de vie. - Favoriser la présence des proches et leur participation aux soins et aux moments de vie du résident.	Dès 2025 puis continu	Direction Méd-co / CDS Psychologue
	Action 7 : Développer les compétences des équipes et la qualité de l'accompagnement - Assurer des formations régulières des soignants sur la prise en charge de la douleur, la communication en fin de vie, le soutien psychologique et les pratiques de soins palliatifs. - Formaliser les protocoles anticipés et les réévaluer périodiquement pour garantir la continuité et la sécurité des soins. - Encourager la coordination pluridisciplinaire pour partager les observations et adapter l'accompagnement selon les besoins du résident.	Dès 2025 puis continu	Direction Méd-co / CDS Psychologue
Effectuer de la prévention des escarres	Action 1 : Mise en place systématique de l'évaluation Braden à l'entrée + une fois par mois	Dès 2025 puis continu	CDS / méd-co/Equipe de soins
Poursuivre la mise en œuvre et l'évaluation des méthodes innovantes et non médicamenteuses	Action 1 : Évaluer l'efficacité et l'impact des projets Snoezelen, balnéothérapie, animations flash et Tovertafel, ainsi que des activités en groupe, en lien avec les objectifs définis dans le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) de chaque résident. Cette évaluation prendra en compte le bien-être, la stimulation cognitive, le maintien des acquis et la participation sociale des résidents.	Dès 2025 puis continu	CDS / méd-co/Equipe de soins
	Action 2 : Développer et formaliser l'implication des familles dans les activités (Tovertafel, animations flash ou ateliers créatifs) afin de renforcer le lien résident-famille et favoriser une continuité de l'accompagnement au-delà du cadre institutionnel.	Dès 2025 puis continu	CDS / méd-co/Equipe de soins
	Action 3 : Systématiser l'analyse des séances en équipe pluridisciplinaire, pour partager les observations, mesurer les bénéfices, ajuster les interventions et enrichir le PAP de chaque résident.	Dès 2025 puis continu	CDS / méd-co/Equipe de soins

2. Animations et relations avec les familles

ANIMATIONS ET RELATIONS AVEC LES FAMILLES – EHPAD			
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Renforcer la vie sociale et les animations adaptées	Action 1 : Sensibiliser les soignants aux animations personnalisées et adaptées aux capacités de chaque résident.	Continu	CDS Psychologue
	Action 2 : Favoriser les échanges intergénérationnels et entre services (résidence autonomie, EHPAD, accueil de jour)	Continu	CDS Psychologue
	Action 3 : Développer les outils de communication avec les familles (FAMILEO, bilans semestriels, réunions)	Continu	CDS Psychologue

Accusé de réception en préfecture
069-266910033-20260625-DELIB_2026-33-DE
Date de réception préfecture : 01/07/2026

	d'information)		
Renforcer les liens avec les familles	Action 1 : Soutenir toute initiative des proches favorisant le maintien des liens familiaux	Continu 3 fois/an	CDS Psychologue
	Action 2 : Organiser des rencontres régulières familles/équipes (réunions, cafés des familles...)	Continu 3 fois/an	CDS Psychologue
	Action 3 : Les faire participer à l'élaboration des PAP et à leur retranscription.	Continu 3 fois/an	CDS Psychologue
	Action 3 : Aider à la création de l'association des familles.	2026	Direction

D. ACCUEIL DE JOUR

1. Personnalisation de l'accompagnement

PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT – ACCUEIL DE JOUR			
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Améliorer le suivi des usagers individualisés	Action 1 : Mettre en place le nouveau projet d'accompagnement personnalisé avec le nouveau logiciel.	À l'admission puis annuel / semestriel	Psychologue Équipe AJ
	Action 2 : Réaliser des évaluations semestrielles de l'évolution globale (GIR, NPI, fonctions cognitives, communication) avec retour aux familles	À l'admission puis annuel / semestriel	Psychologue Équipe AJ
	Action 3 : Inclure dans le contrat d'accueil la désignation de la personne de confiance	À l'admission puis annuel / semestriel	Psychologue Équipe AJ

2. Accompagnement des usagers et lutte contre l'isolement

ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS – ACCUEIL DE JOUR			
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Lutter contre l'isolement et diversifier les approches thérapeutiques	Action 1 : Développer les échanges intergénérationnels (crèche CME, école de musique, centre de loisirs, centre social VVV)	2025-2027 continu puis	Psychologue Équipe AJ Direction
	Action 2 : Mettre en place de nouvelles approches non médicamenteuses pour prévenir ou apaiser les troubles du comportement (tover tafel, médailler, pédalier, escalier de répit, aménagement extérieur)	2025-2027 continu puis	Psychologue Équipe AJ Direction
	Action 3 : Développer les activités communes avec les autres services du centre (EHPAD, résidence autonomie) lors des moments clés de l'année	2025-2027 continu puis	Psychologue Équipe AJ Direction
	Action 4 : Orienter systématiquement les demandes	2025-2027 puis	Psychologue

Accusé de réception en préfecture
069-266910033-20260625-DELIB_2026-33-DE
Date de réception préfecture : 01/07/2026

	d'admission via la plateforme Trajectoire	continu	Équipe Direction	AJ
--	---	---------	-------------------------	-----------

3. Aide aux aidants

AIDE AUX AIDANTS – ACCUEIL DE JOUR				
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation	/ de	Référent
Soutenir les aidants familiaux	Action 1 : Maintenir et développer le café des aidants en partenariat avec la Métropole Aidante	Continu		Psychologue Équipe AJ CCAS
	Action 2 : Diffuser les informations sur les dispositifs de soutien aux aidants (France Alzheimer, CCAS, formations...)	Continu		Psychologue Équipe AJ CCAS
	Action 3 : Favoriser les actions conjointes entre le CCAS et l'Accueil de Jour (forums seniors, conférences, formations aidants)	Continu		Psychologue Équipe AJ CCAS

E. PRESTATIONS TRANSVERSALES

1. Entretien des locaux et maintenance

ENTRETIEN DES LOCAUX ET MAINTENANCE				
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation	/ de	Référent
Garantir le bon entretien et la maintenance des locaux	Action 1 : Poursuivre la démarche partenariale avec la Ville d'Écully dans le cadre du plan patrimonial pluriannuel	Continu		Direction Agent maintenance
	Action 2 : Assurer le suivi du carnet sanitaire des deux bâtiments (légionnelles, contrôles annuels) via le prestataire dédié	Continu		Direction Agent maintenance
	Action 3 : Améliorer le confort thermique et climatique des espaces communs (salles de restauration, espaces de vie)	Continu		Direction Agent maintenance

2. Restauration

RESTAURATION

Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Garantir la qualité des repas et du service de restauration	Action 1 : Maintenir et animer la commission des menus (3 fois/an minimum) incluant résidents, diététicienne et prestataire	3 fois/an Continu	Direction CDS / Méd-co
	Action 2 : Veiller au respect des régimes spéciaux et à l'adaptation des textures (haché, mouliné, mixé)	3 fois/an Continu	Direction CDS / Méd-co
	Action 3 : Évaluer annuellement la satisfaction des résidents concernant la restauration via les enquêtes de satisfaction	3 fois/an Continu	Direction CDS / Méd-co

3. Prestations externes

PRESTATIONS EXTERNES			
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Garantir le bon fonctionnement des services externalisés	Action 1 : Actualiser la charte de bonnes pratiques et la porter à la connaissance de tous les prestataires externes	2025 puis continu	Direction
	Action 2 : Évaluer régulièrement la qualité des prestations externalisées (blanchisserie, coiffure, pédicure, restauration)	2025 puis continu	Direction

F. POLITIQUE MANAGÉRIALE

1. Écoute du personnel

ÉCOUTE DU PERSONNEL			
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation / de	Référent
Améliorer le dialogue social et les conditions de travail	Action 1 : Organiser des réunions de service régulières dans chaque unité (résidence autonomie, EHPAD, accueil de jour)	Tous les 2 ans Mensuel	Direction Équipe d'encadrement
	Action 2 : Continuer à développer les séances d'analyse des pratiques professionnelles interservices (10 séances/an, psychologue extérieure)	Tous les 2 ans Mensuel	Direction Équipe d'encadrement
	Action 3 : Développer l'outil Net-SOINS dans l'accès aux informations parallèlement avec l'outil mairie JAMESPLOT.	2026	Direction Équipe d'encadrement

2. Risques professionnels

RISQUES PROFESSIONNELS

Accusé de réception en préfecture
069-266910033-20260625-DELIB_2026-33-DE
Date de réception préfecture : 01/07/2026

Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation	/ de	Référent
Assurer le suivi du DUERP et prévenir l'usure professionnelle	Action 1 : Mettre en œuvre et actualiser le programme du DUERP en lien avec le service RH de la Ville d'Écully	Annuel Continu		Direction Service Écully RH
	Action 2 : Initier, si nécessaire, de nouvelles actions dans le cadre du DUERP	Annuel Continu		Direction Service Écully RH
	Action 3 : Favoriser la politique promotionnelle des agents (VAE, mobilité interne) pour prévenir l'usure professionnelle	Annuel Continu		Direction Service Écully RH

3. Accueil et suivi du personnel

ACCUEIL ET SUIVI DU PERSONNEL				
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation	/ de	Référent
Améliorer les conditions d'accueil des nouveaux agents et stagiaires	Action 1 : Mettre à jour les livrets d'accueil pour les nouveaux agents et stagiaires dans les trois services	Dès 2025		Direction Équipe d'encadrement
	Action 2 : Créer un livret de remplaçant actualisé incluant fiches de poste, horaires, organisation et intervenants de chaque service	Dès 2025		Direction Équipe d'encadrement
	Action 3 : Poursuivre les partenariats avec France Travail, Mission Locale et MMIE pour diversifier les viviers de recrutement	Dès 2025		Direction Équipe d'encadrement

4. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES (GPEC)				
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation	/ de	Référent
Encourager la formation continue et le parcours professionnel des agents	Action 1 : Mettre en place et actualiser le plan de GPEC en lien avec la DRH de la Ville d'Écully	Annuel Continu		Direction DGA / DRH Écully
	Action 2 : Élaborer un plan de formation pluriannuel tenant compte des besoins des agents, des services et des nouvelles offres CNFPT	Annuel Continu		Direction DGA / DRH Écully
	Action 3 : Réaliser les entretiens professionnels annuels et formaliser les objectifs et besoins de formation de chaque agent	Annuel Continu		Direction DGA / DRH Écully
	Action 4 : Développer les formations internes (médecin coordinateur, CDS, psychologue, psychomotricienne) en lien avec les recommandations HAS via les télé-staffs et les téléformations.	Annuel Continu		Direction DGA / DRH Écully

G. QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

1. Gestion des plaintes et des événements indésirables

GESTION DES PLAINTES ET DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES				
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation	/ de	Référent
Améliorer le repérage, le traitement et le suivi des événements indésirables (EI)	Action 1 : Élaborer un protocole commun de gestion et de signalement des EI pour les trois services (résidence autonomie, EHPAD, accueil de jour)	Dès 2025 continu	puis	Direction Équipe d'encadrement
	Action 2 : Informatiser le suivi des EI sur les trois services pour en améliorer la gestion et garantir la confidentialité des déclarations	Dès 2025 continu	puis	Direction Équipe d'encadrement
	Action 3 : Analyser les EI en réunion pluridisciplinaire et mettre en place les mesures correctives	Dès 2025 continu	puis	Direction Équipe d'encadrement
	Action 4 : Adapter les procédures aux nouvelles bases législatives et réglementaires (HAS, ARS)	Dès 2025 continu	puis	Direction Équipe d'encadrement
	Action 5 : Mettre à jour la procédure de signalement des plaintes et réclamations, définir les modalités de traitement et analyser annuellement.	Dès 2025 continu	puis	Direction Équipe d'encadrement

2. Plan bleu et gestion des risques sanitaires

PLAN BLEU ET GESTION DES RISQUES SANITAIRES				
Objectifs	Actions	Périodicité Année réalisation	/ de	Référent
Poursuivre l'amélioration continue du Plan Bleu et de la gestion des risques sanitaires	Action 1 : Mettre à jour le Plan Bleu (canicule, épidémie, coupure...)	Annuel Continu		Direction CDS / Méd-co Agent maintenance
	Action 2 : Élaborer et assurer le suivi du carnet sanitaire sur les deux bâtiments	Annuel Continu		Direction CDS / Méd-co Agent maintenance
	Action 3 : Maintenir la convention avec l'Équipe Mobile d'Hygiène (EMH) des Hospices Civils de Lyon et mettre en œuvre ses préconisations	Annuel Continu		Direction CDS / Méd-co Agent maintenance
	Action 4 : Former régulièrement les équipes aux protocoles d'hygiène et de prévention des infections (HACCP, légionnelles, COVID/grippe...)	Annuel Continu		Direction CDS / Méd-co Agent maintenance
	Action 5 : Réaliser le DAMRI une fois par an et suivre le plan d'action spécifique.	Annuel Continu		Direction CDS / Méd-co Agent maintenance

H. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATION

Suivi annuel par le comité de pilotage

Le plan d'actions sera suivi annuellement par le comité de pilotage et réévalué à mi-parcours (2027-2028). L'évaluation mesurera l'efficacité, l'impact, la pertinence et les résultats des différentes mesures inscrites dans ce plan.

Instance	Composition	Fréquence
Comité de pilotage	Vice-Présidente du CCAS, Directrice du CCAS, Directrice du centre, Médecin Coordinateur, Cadre de Santé, Psychologue	Annuel + mi-parcours (2027-28)
Conseils de la Vie Sociale	Résidents/usagers, familles, personnel, direction – un CVS par service	3 fois/an par service
Groupes de travail thématiques	Professionnels concernés par thématique (soins, animations, qualité, RH...)	Selon les besoins