



ANNEXE

# PROJET MEDICO-SOCIAL DE LA CORALLINE

## CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

Projet d'établissement 2025-2029



## **INTRODUCTION : STRATÉGIE et MODALITÉ DE RÉDACTION**

## **PARTIE 1 : PRÉSENTATION du CENTRE DE GÉRONTOLOGIE LA CORALLINE**

- 1-1 Identité
- 1-2 Situation géographique
- 1-3 L'histoire de l'établissement : dates clés
- 1-4 Architecture des bâtiments
- 1-5 Critères d'admission

## **PARTIE 2 : LES MISSIONS DE L'ÉTABLISSEMENT**

- 2-1 Les missions
- 2-2 Les textes relatifs à l'établissement
- 2-3 Les arrêtés d'autorisation

## **PARTIE 3 : LE PUBLIC ET SON ENTOURAGE**

- 3-1 Caractéristiques de la population du bassin de vie
- 3-2 Caractéristiques de la population accueillie

## **PARTIE 4 : OBJECTIFS STRATÉGIQUES**

- Thématique 1 : Bienveillance et éthique
- Thématique 2 : Droits de la personne accompagnée
- Thématique 3 : Expression et participation de la personne accompagnée
- Thématique 4 : Co construction et personnalisation du projet d'accompagnement
- Thématique 5 : Accompagnement à l'autonomie
- Thématique 6 : Accompagnement à la santé
- Thématique 7 : Continuité et fluidité des parcours
- Thématique 8 : Politique ressources humaines
- Thématique 9 : Démarche qualité et gestion des risques

## **PARTIE 5 : CONCLUSION GÉNÉRALE**

# INTRODUCTION – CONTEXTE, FINALITÉS

Le projet Médico-Social du projet d'établissement du Centre hospitalier Royan-Atlantique pour la période 2025-2029, affirme une position de référence sur le territoire avec un taux d'occupation supérieur à 99% au fil des ans.

Les 4 valeurs socles du projet médico-soignant du CHRA (Respect, bientraitance, solidarité-cohésion, éthique-intégrité), sont inscrites dans les fondamentaux du projet médico-social.

La Coralline, établissement public 100% habilité à l'aide sociale, place l'humain au cœur de son projet. Dès l'accueil, une attention particulière est portée **au respect de la dignité, à la citoyenneté, à l'équité et à la non-discrimination**. Chaque résident est accueilli comme une personne à part entière, avec son histoire, ses droits et ses aspirations.

L'équipe veille à respecter la singularité de chacun, en prenant en compte ses choix de vie, ses goûts, ses habitudes, son culte et son rythme. Cette culture du respect irrigue l'ensemble des pratiques professionnelles et de la vie quotidienne de l'établissement.

Les résidents sont encouragés à **rester acteurs de leur vie**, à exprimer leurs volontés et leurs préférences, en fonction de leurs capacités. Le personnel se rend disponible et attentif à l'adaptation personnalisée de l'accompagnement.

Au sein de l'établissement, **une culture de la considération mutuelle** est instaurée : qu'il s'agisse d'un résident, d'un proche, d'un professionnel, d'un stagiaire ou d'un visiteur, chacun est accueilli avec bienveillance, attention et égards.

L'équipe cultive **l'entraide et la solidarité entre professionnels**, dans un esprit collectif visant le bien-être des personnes accueillies.

**La bienveillance** est un pilier de notre accompagnement : il s'agit de « vouloir bien faire pour l'autre et avec l'autre ». Cette posture, complémentaire à la bientraitance, fonde notre relation d'aide sur le respect, l'humanité et la coopération.

Une valeur forte de l'équipe est la qualité de l'accueil, qui se manifeste par la politesse, le sourire, l'humour, une écoute active et une préoccupation sincère pour le bien-être du résident. L'environnement est pensé pour être propre, rassurant et sécurisé.

Enfin, une attention particulière est portée à la qualité de la vie collective, notamment dans les chambres doubles et les espaces partagés, afin de favoriser une cohabitation harmonieuse et respectueuse.



## **Le projet médico-social a été construit en démarche participative, structuré :**

- Une gouvernance du projet claire, reposant sur un COPIL chargé d'arbitrer, un COPROJ garant du pilotage opérationnel et de l'ingénierie méthodologique (pilotage idem au CHRA).
- Un recueil de données sur les documents déjà existant au sein de l'établissement (évaluation Interne, CPOM, projets, rapports d'activité, enquête de satisfaction...)
- Une évaluation interne basée sur les thématiques empruntées à l'évaluation externe, réalisée début 2025, avec participation de 92% des professionnels. Ce qui donne toute légitimité aux résultats.
- Une analyse formalisée sous forme de SWOT, avec l'encadrement
- La constitution d'un plan d'action stratégique, en cohérence avec le projet d'établissement du CHRA
- La rédaction du présent projet
- La communication sur les axes stratégiques
- La validation du projet par le comité de pilotage, le conseil de surveillance et le conseil de la vie sociale

### **Les objectifs de cette démarche sont :**

- D'impliquer les équipes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité centrée sur le bénéfice du service rendu au résident
- D'aider les équipes à mieux connaître le fonctionnement de l'EHPAD et de l'USLD
- De tenter d'inscrire l'établissement dans une dynamique d'auto-évaluation par la mise en place des indicateurs objectifs d'évaluation de la qualité
- De communiquer avec les résidents et les familles sur les objectifs stratégiques de l'établissement et d'impliquer les résidents dans cette approche participative afin de favoriser le développement de leur représentativité au sein de l'établissement

# 1. PRÉSENTATION DU CENTRE DE GÉRONTOLOGIE LA CORALLINE

## 1-1 IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

- COORDONNÉES Centre de Gérontologie La Coralline 24, rue du Monard, 17 600 Le GUA
- Tel : 05 46 22 80 46
- Courriel : secretariat.coralline@ch-royan.fr
- TYPE D'ÉTABLISSEMENT Etablissement Médico Social : EHPAD (code catégorie 500) et USLD
- STATUT DE L'ÉTABLISSEMENT Fonction Publique Hospitalière
- ORGANISME GESTIONNAIRE Centre Hospitalier Royan Atlantique
- DIRECTEUR Mme Laurence COULODOU
- DIRECTEUR DE SITE Mme Sabrina BARDON
- MEDECIN COORDONNATEUR Dr Laurent FURGER
- FINESS 170782478
- SIRET 261 700 397 00050
- DATE D'OUVERTURE 01/08/1995
- CAPACITÉ TOTALE EHPAD : 75 lits
  - Unité protégée : 17 lits
  - USLD : 50 lits
- Uniquement de l'hébergement permanent
- Établissement 100% habilité à l'aide sociale.
- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).
- Présence d'un secteur adapté pour la prise en soin des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

## 1-2 SITUATION GÉOGRAPHIQUE

L'établissement est situé sur la commune de Le GUA, rattachée à la communauté de Commune Marennes-Oléron, département 17, en région Nouvelle Aquitaine. Cependant l'établissement gestionnaire est lui rattaché à la Communauté d'Agglomération Royan Atlantique (CARA). Ce qui positionne l'établissement sur 2 communautés.



La commune est située à 12 kms de Royan et recense environ 2 070 habitants pour une superficie de 36 km<sup>2</sup>. L'EHPAD est lui-même située dans le cœur du village, non loin des commerces. L'établissement est accolé à la Maison médicale du village et en face de l'école maternelle et primaire.

Il possède un parc, en cours d'aménagement pour le rendre accessible à toutes personnes, y compris à mobilité réduite. L'établissement dispose d'un accès grand public et d'un accès fournisseur.



### 1-3 HISTOIRE DE L'ÉTABLISSEMENT : LES DATES CLEFS

Le 1er janvier 1953 deux maisons de retraite furent rattachées à l'hôpital de ROYAN, lui-même ouvert en 1952. Il s'agissait de :

- La maison de retraite « Les Hirondelles » à Saint-Augustin, de 25 lits, fondée entre les deux guerres par un particulier, Mme GATIGNOL, et qui devint ensuite propriété de la ville de Royan
- La maison de retraite de LE GUA, ancien pensionnat de jeunes filles, créée par l'Union franco-américaine, œuvre privée, de 50 lits.

Le 18 juin 1985 il fut décidé de construire de nouveaux bâtiments sur le terrain disponible à LE GUA et d'y regrouper les pensionnaires des deux maisons de retraite devenues inadéquates.

L'arrêté ministériel du 2 février 1989 autorisa la création de 50 lits de long séjour et 163 lits de maison de retraite par transformation des lits d'hospice de l'hôpital de Royan.

Le 1er août 1995, le centre de gérontologie « la Coralline » ouvrit ses portes, composé de 50 lits de soins de longue durée et 70 lits de maison de retraite. L'histoire de l'établissement impulse une forte culture sanitaire et sociale.

L'arrêté préfectoral n° 98-2497 du 14 août 1998 fixa la capacité de la section de cure médicale à 75 lits sur les 163 lits autorisés.

L'arrêté n° 08-1410 du 21 avril 2008 autorisa la transformation des 163 lits de maison de retraite en EHPAD en totalité habilités à l'aide sociale départementale.

L'arrêté du 18 juillet 2019 acte l'autorisation d'extension de la capacité de l'établissement à +5 lits et ramène la capacité totale autorisée à 75 lits : 58 personnes âgées dépendantes et 17 personnes Alzheimer ou maladies apparentées, 100% habilitées à l'aide sociale.

L'arrêté n°2024-02 du 31/01/2024 autorise l'exploitation de l'établissement y compris son extension de 17 lits. Pour l'identification d'une unité de vie protégée (soit +5 lits pour la capacité totale de l'établissement)

## **1-4 L' ARCHITECTURE DES BÂTIMENTS**

L'établissement offre 75 lits d'EHPAD (depuis février 2024) et 50 lits d'USLD soit une structure d'une capacité globale de 125 lits.

Les lits d'EHPAD et d'USLD sont depuis l'ouverture de l'UVP et la réorganisation structurelle de l'établissement, géographiquement identifiés au sein de l'établissement. Cependant pour des raisons de prise en charge certains résidents d'EHPAD sont hébergés dans le secteur USLD et inversement (exemple nécessité d'oxygène).

Les lits de l'EHPAD sont situés dans les unités du RDC en Emeraude, Aigue-Marine, Opaline et Topaze, ainsi qu'en Unité de Vie Protégée.

L'USLD dispose de 40 lits à l'étage dans les secteurs Aventurine et Cristalline et 10 lits repérés dans le secteur Opaline.

Les personnes sont accueillies et accompagnées selon les mêmes valeurs et principes par les équipes, que ce soit en EHPAD ou en USLD.

### **1-1 CRITÈRES D'ADMISSION**

La priorité d'admission au Centre de gérontologie la Coralline est donnée aux personnes remplissant les critères suivants :

- Disposer de revenus mensuels inférieurs à 2 400 €,
- Être domicilié en Charente-Maritime,
- Présenter un niveau de dépendance élevé (entre GIR 1 et GIR 4). Les personnes relevant des GIR 5 et 6 ne sont pas admissibles,
- Être consentant pour vivre en chambre double.

Une attention particulière est portée aux bénéficiaires de l'aide sociale ainsi qu'aux patients hospitalisés sans possibilité de retour à domicile.

Toute demande d'admission doit être faite sur le site Via Trajectoire.

Tous les dossiers de demande sont présentés en commission d'admission, qui décide de l'acceptation ou du refus de la demande.

Si la personne remplit les conditions, un contact est pris pour organiser une visite de l'établissement. En cas d'impossibilité, une visite au domicile du futur résident peut être proposée.

Une fois le dossier complet et la personne déclarée admissible, le délai d'attente pour une admission effective varie entre 1 et 6 mois.

Les critères d'admissions sont visibles sur le site Via trajectoire, ainsi que sur le site internet du CHRA.

## 2. LES MISSIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

### 2-1 LES MISSIONS

Les missions de l'établissement sont :

- d'accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes et/ou poly-pathologiques du secteur géographique
- de leur apporter des soins médicaux de qualité
- de préserver leur autonomie, voire de leur permettre de retrouver une certaine autonomie au sein d'un environnement adapté
- d'évaluer leurs besoins et de leur apporter une aide adaptée et personnalisée
- de les aider à maintenir leurs liens sociaux à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement
- d'éviter l'hospitalisation par une réelle continuité des soins
- d'être un relai des familles
- d'aider le résident à maintenir ses habitudes de vie
- d'assurer la sécurité des résidents
- d'accompagner les personnes en fin de vie
- d'assurer des prestations de restauration et d'entretien du linge
- d'informer et d'orienter les résidents et les familles dans la connaissance du fonctionnement de l'EHPAD, le réseau social local et le réseau gérontologique
- d'informer les résidents sur les moments clés de leur séjour et de leur prise en soin

Les principes et les objectifs de l'organisation de l'établissement :

- Maintenir et développer l'estime de soi
- Favoriser la qualité de l'environnement proposé aux résidents
- Être réactif face aux demandes et aux besoins des résidents
- Favoriser le maintien d'un lien social
- Maintenir le lien familial
- Aider à l'adaptation de la vie en collectivité
- Conserver les possibilités « d'aller et venue » dans et hors de l'établissement et le respect des libertés
- Favoriser la possibilité de sortir de la Coralline
- Développer des partenariats extérieurs

### 2-2 LES TEXTES RELATIFS À L'ÉTABLISSEMENT

Le Centre de gérontologie La Coralline est un établissement public médico-social, relevant de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de l'article L 312-1 alinéa 6 du Code de l'action sociale et des familles.

#### Le Cadre réglementaire :

Le code de l'action sociale et des familles

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant le secteur social et médico-social et ses décrets d'application
- USLD : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi du 05 mars 2007 portant réforme de la protection des majeurs protégés

- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique
- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)
- La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), dans son article 75 confie à l'HAS l'élaboration d'un référentiel national d'évaluation commun à tous les ESSMS et centré sur la personne accompagnée, publié le 10 mars 2022.
- La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie dans le champ du handicap et du vieillissement est venue créer la cinquième branche de la sécurité sociale.
- Le rapport LIBAULT du 17 mars 2022, vers un service public territorial de l'autonomie, ouvrant la voie d'une coordination entre le sanitaire et le social et une réponse de proximité.
- La Loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

### Les orientations des autorités compétentes :

L'établissement s'inscrit en outre dans les orientations politiques régionales et départementales contenues principalement dans :

Schéma départemental de l'autonomie de la Charente-Maritime 2023 – 2027. Celui-ci met fortement l'accent sur :

- La consolidation et la modernisation de l'offre EHPAD publique,
- Le soutien financier ciblé,
- L'équité tarifaire,
- Le développement de solutions de répit,
- Une meilleure coordination territoriale,
- Et un rééquilibrage géographique de l'offre.

### Projet régional de Santé Nouvelle aquitaine 2018-2028

Ces orientations visent à renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité de l'offre en EHPAD, tout en intégrant les résidents au cœur d'un parcours de santé territorialisé, coordonné et innovant.

### Orientations opérationnelles pour les EHPADs

#### 1. Adapter l'offre aux territoires

Rééquilibrer l'offre infra-départementale, réduire les inégalités d'équipement et diversifier les formes d'accueil selon les besoins locaux

#### 2. Prioriser l'accompagnement des personnes dépendantes

Concentrer les admissions sur les résidents classés GIR 1 à 4.

Utiliser systématiquement l'outil ViaTrajectoire pour les admissions.

#### 3. Renforcer les compétences professionnelles

Construire une gestion prévisionnelle des emplois, former les équipes aux troubles cognitifs, soins palliatifs ou psychiatrie via formations, analyse de pratiques, supervision, et ASG.

#### 4. Améliorer l'accès à l'expertise médicale

Garantir l'accès 24h/24 à un IDE, à la télémedecine, aux équipes territoriales mobiles (psychiatrie, soins palliatifs), et à des fonctions mutualisées.

#### 5. Affirmer l'efficacité économique et financière

Soutenir la taille critique (minimum ~80 lits), cofinancer les investissements, surveiller le reste à charge des résidents.

#### 6. Évoluer vers des prestations élargies

Encourager l'ouverture des EHPAD vers la communauté, proposer des services préventifs, de répit, d'inclusion sociale, et soutenir le maintien à domicile.

## 7. Développer l'innovation

Soutenir les expérimentations innovantes dans les pratiques de soin et de prise en charge.

## 8. Déployer la télémédecine

Installer des espaces de télémédecine dans les EHPAD, appuyer les équipes par des cellules régionales (CHU Bordeaux, Cadillac...).

## 9. Maintenir les capacités sensorielles

Mettre en œuvre le guide régional pour repérer et traiter les déficiences visuelles, auditives et bucco-dentaires.

## 10. Assurer un soutien financier continu

Depuis 2012, plus de 120 M € investis pour renforcer les équipes (3 000 postes...).

Appui aux remplacements, à l'adaptation des postes et à la réforme tarifaire.

Il s'appuie sur les programmes nationaux, concernant la vieillesse :

- Les plans Alzheimer.
- Le plan de solidarité - Grand âge 2007-2012
- Plan d'Aide à l'Investissement CNSA 2012
- La prise en charge de la maladie d'Alzheimer
- Le plan national « Bien vieillir » 2008-2012
- Le plan Grand âge : action du gouvernement depuis 2017

Il s'appuie également sur l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques publiées par les agences compétentes (ANESM, HAS).

Les Référentiels internes qui contribuent au projet d'établissement (liste non exhaustive) :

- La convention tripartite (CTP) en USLD
- Le Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2025 par l'EHPAD
- ·Dont l'état de réalisation des objectifs du CPOM
- Le bilan du plan d'actions du projet d'établissement 2014 - 2019
- Le plan d'action et de suivi des résultats de certification de l'USLD
- Les Rapports d'activité annuel EHPAD et USLD
- Plan de formation
- Le Document Unique des Risques Professionnels (DURP)

## 2-1 LES ARRÊTÉS D'AUTORISATION ET CONVENTIONS

### Autorisations d'activité :

Déclaration de mise en œuvre d'autorisation réalisée à l'ouverture du Centre de gérontologie La Coralline en 1995 : conformité totale.

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2020 – 2024 conclu avec le département de la Charente-Maritime et l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine pour une durée de 5 ans. Prolongée en juillet 2024 jusqu'au 31/12/2025.

Renouvellement d'autorisation tacite pour l'Unité de Soins de Longue Durée en hospitalisation complète, courrier ARS du 28 août 2015.

Dossier de renouvellement d'activité USLD déposé en septembre 2024 (toujours en attente de validation par ARS).

### Commission de sécurité :

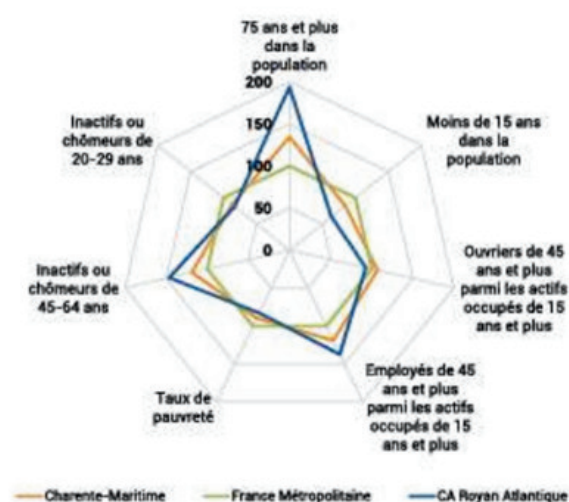
Visite de conformité EHPAD/USLD le 18/07/2024 : avis favorable avec prescriptions.

### 3. LE PUBLIC ET SON ENTOURAGE

#### 3-1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DU BASSIN DE VIE

##### Indice des besoins potentiels en santé

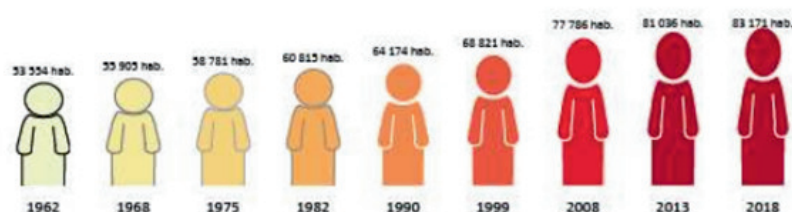
Source : Insee, RP & RP fichiers détail 2017 & Filosofi 2017 -  
Traitements © Compas



Le département de la Charente-Maritime est marqué par un vieillissement de la population supérieur à celle de la France, notamment en raison d'un solde migratoire positif. En 2019, la part des personnes âgées de 60 à 74 ans est de 22%, soit 5 points supérieur au niveau national. Les plus de 75 ans représentent quant à eux 13% de la population du territoire, soit +3 points par rapport au national. L'indice de vieillissement a augmenté de 30 points entre 2015 et 2021.

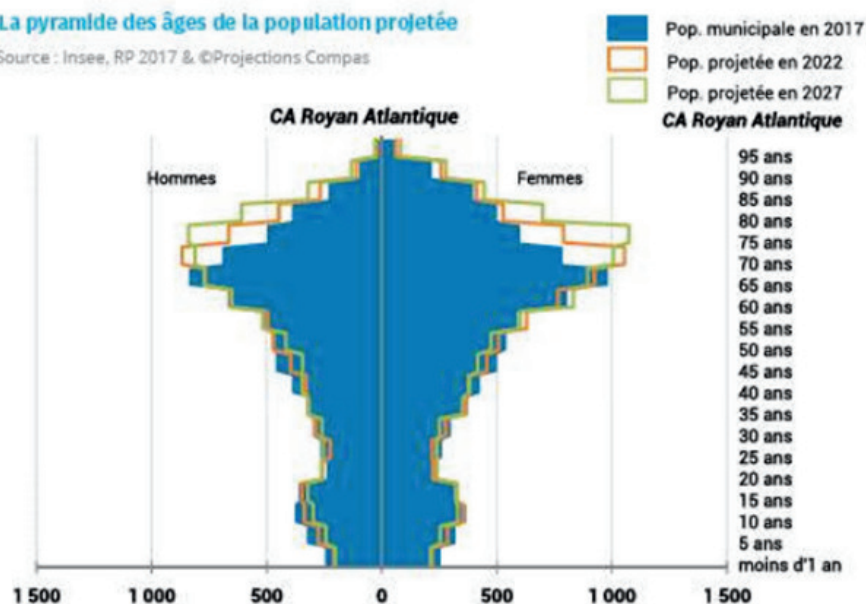
##### L'évolution de la population, des années soixante à nos jours

Source : Insee, RP 1962-2018



### La pyramide des âges de la population projetée

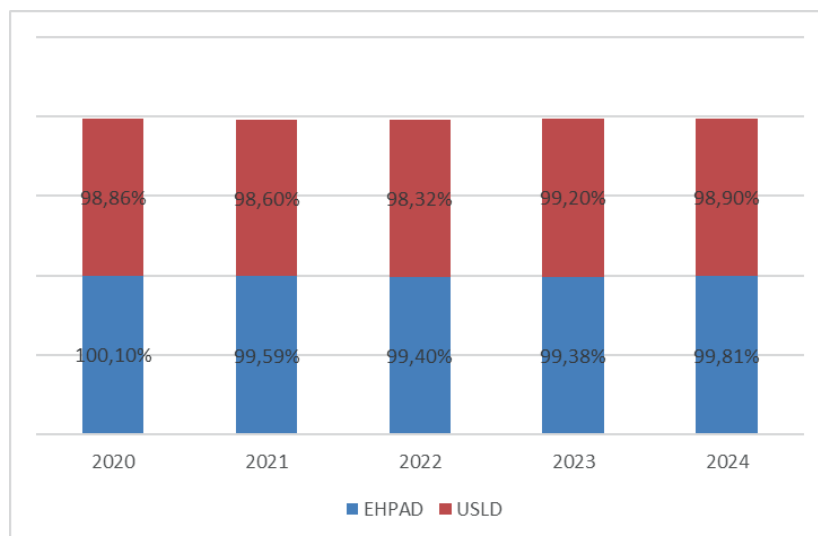
Source : Insee, RP 2017 & ©Projections Compas



### 3-1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE

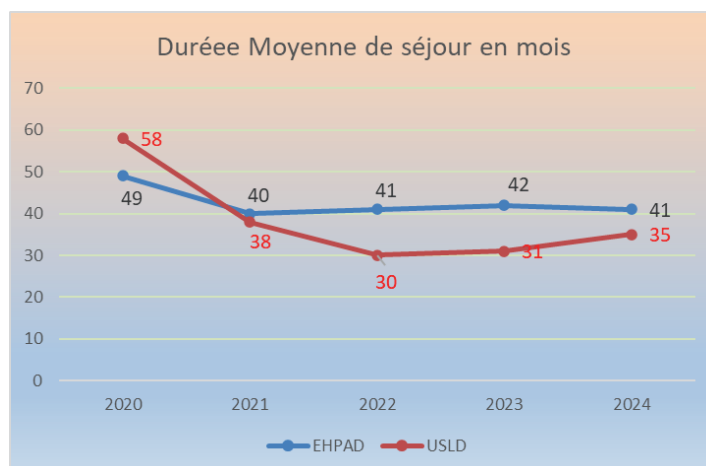
L'établissement « La Coralline » est un établissement public en tarification globale avec une pharmacie à usage unique (PUI). Il possède un secteur EHPAD et un secteur USLD.

#### Activité :



Le taux d'occupation est constant d'année en année, quel que soit le secteur (EHPAD/USLD) ; Ce qui traduit une forte demande d'hébergement et la bonne renommée de l'établissement qui affiche toujours une liste d'attente.

#### Mouvements :

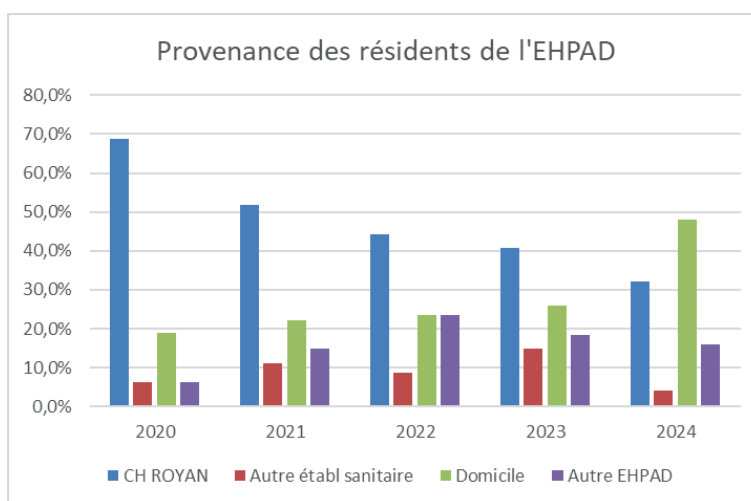


En 2024, la durée moyenne de séjour est de 3 ans 5 mois et 1j en EHPAD, et de 2 ans et 11 mois et 4 jours en USLD. Notre établissement, par ses caractéristiques et son organisation, participe à limiter les hospitalisations et les transferts de résidents. En 2024 nous recensons 49 jours hospitalisation (pour 27296 jours d'activité = 0.18%) et 0 décès hors établissement (pour 23 décès en EHPAD et 15 en USLD).

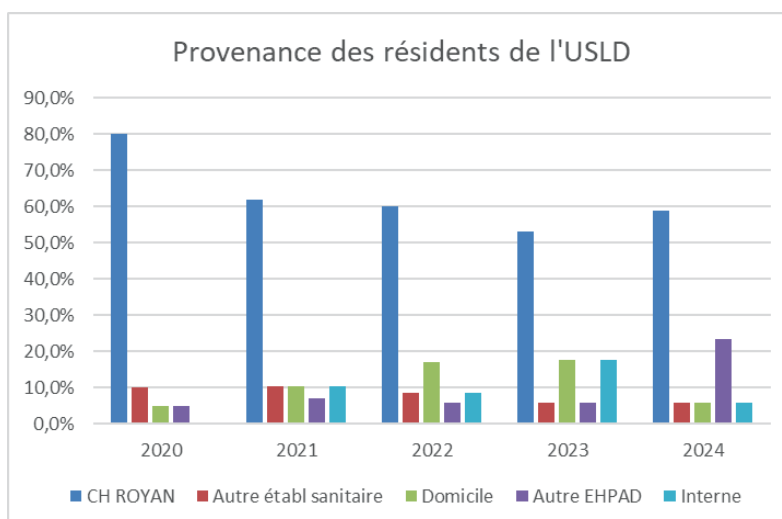
### Caractéristiques des résidents :

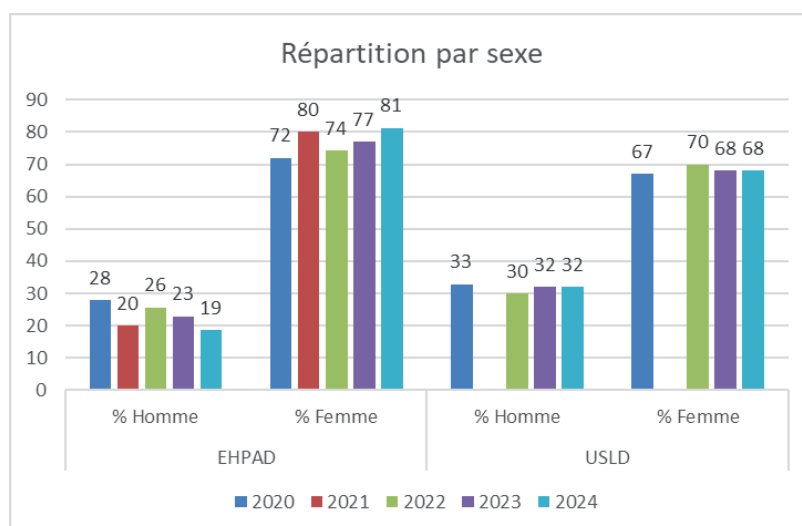
#### Provenance des résidents entrant

En 2024, 93% des résidents de l'EHPAD et 98% de l'USLD sont charentais-maritimes. En EHPAD 48% des entrées provenaient du domicile, 32 % du CH de Royan, 16% d'autres établissements d'hébergement et 4% d'un autre établissement de santé.



En USLD, 5.8% des entrées proviennent du domicile, 58.8% du CH de Royan, 23.5% d'autres établissements d'hébergement et 5.9% d'un autre établissement de santé.



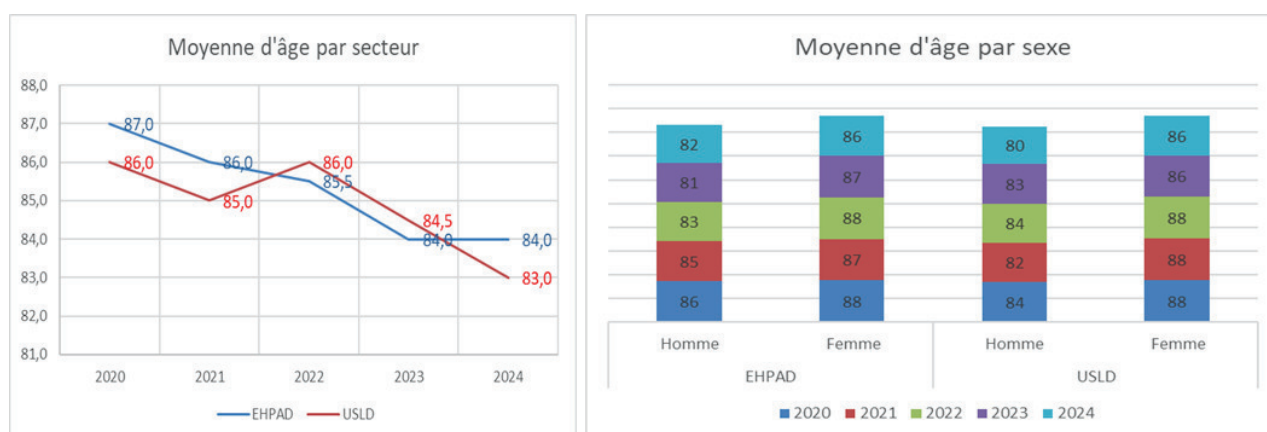


Les femmes restent majoritaires, au fil des ans, dans la population accueillie.

En 2024, à l'EHPAD les femmes représentaient 81.3 % (+9% en 5 ans) des résidents et les hommes 18.6%.

En USLD la part des hommes est supérieure et de façon constante sur les 5 dernières années.

### Moyenne d'âge

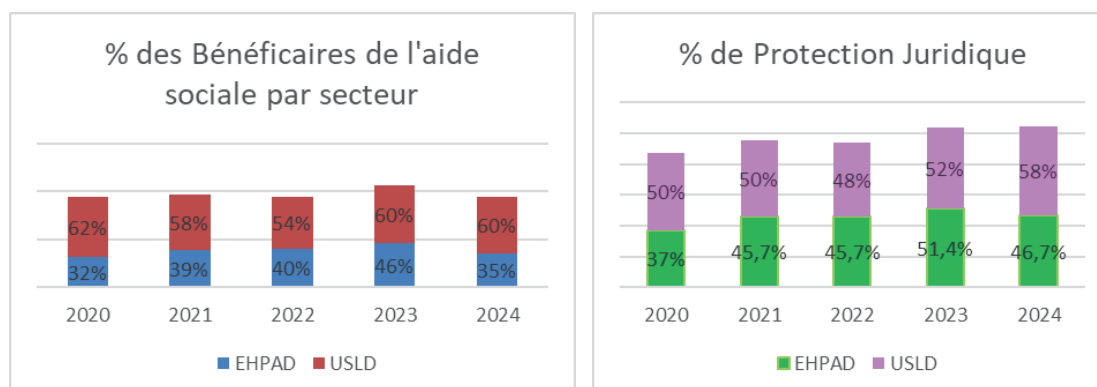


L'âge moyen des résidents est quasi similaire entre les deux secteurs, aux alentours de 84 ans, avec une chute de l'âge moyen de moins 3 ans en EHPAD comme en USLD, depuis 2020.

En EHPAD : après 3 ans de baisse, l'âge moyen des hommes se stabilise, alors que celui des femmes diminue depuis 2020. Par contre en USLD, l'âge moyens des hommes baisse, tandis que celui des femmes reste contant.

### Part des bénéficiaires Aide sociale

La Coralline conserve sa vocation sociale puisque 35% des résidents de l'EHPAD et 60% de l'USLD bénéficient de l'aide sociale ; 46.7% des résidents de l'EHPAD et 58 % d'USLD sont sous protection juridique (Habilitation familiale, curatelle ou tutelle).



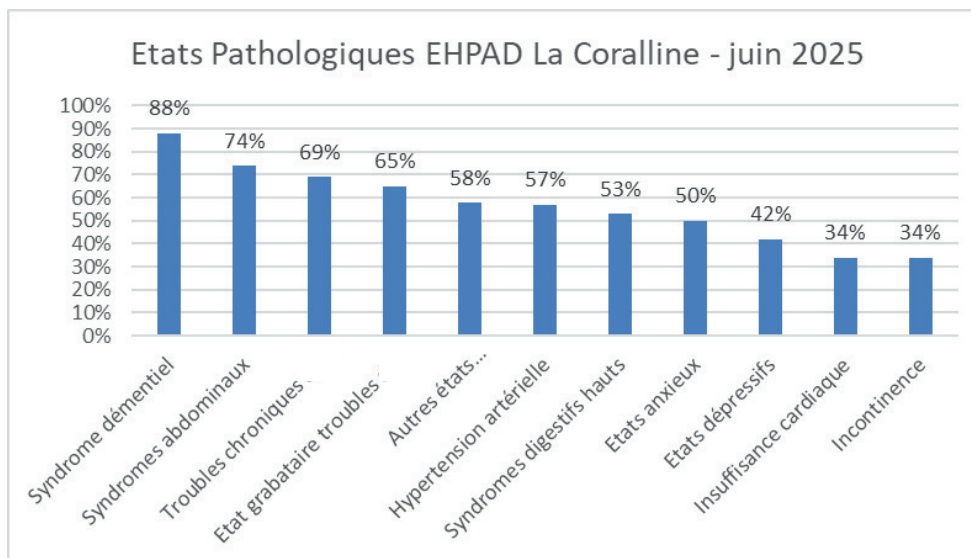
### PMP/GMP :

Le GMP et le PMP de l'EHPAD sont très supérieurs à la moyenne nationale et cesse de progresser depuis 7 ans :

- janvier 2019 : GMP = 785 et PMP = 258
- Mai 2025 : GMP = 793 et PMP = 260

Ceci répond à la vocation de l'établissement d'accompagner jusqu'au bout de la vie les personnes les plus dépendantes du secteur y compris en cas de poly-pathologies lourdes. D'ailleurs le Taux de Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI) est de 24% contre 22.86% en 2019 et 17,14 % en 2013.

### Etats Pathologiques 2025



## 3. LE PUBLIC ET SON ENTOURAGE

### THÉMATIQUE 1 : BIENTRAITANCE ET ÉTHIQUE

#### I. DIAGNOSTIC

##### 1. Philosophie et cadre institutionnel

La Coralline s'inscrit dans une dynamique centrée sur le respect de la personne âgée en tant que sujet de droits, avec une approche profondément ancrée dans les valeurs de dignité, d'humanité, d'autonomie et de non-discrimination. Cette culture de la bientraitance se traduit au quotidien par des gestes, postures, attitudes et pratiques professionnelles qui favorisent l'écoute, la bienveillance et l'individualisation de l'accompagnement.

L'établissement dispose d'une charte de bientraitance institutionnelle (CHA-GUA-SIN-001), d'un livret de la personne ressource bientraitance (GUI-GUA-SIN-002), d'un protocole de prévention et lutte contre la maltraitance des personnes âgées au centre de gérontologie (PRO-GUA-SIN-001) et d'une fiche de signalement formalisée (FOR-GUA-SIN-003). L'ensemble de ces outils encadrent les pratiques et offrent une réponse structurée aux situations sensibles. Un protocole de gestion des signalements est déclenché systématiquement dès réception d'un signalement par l'encadrement ou la direction, avec une politique de tolérance zéro face à la maltraitance.

##### 2. Approche éthique au quotidien

Les professionnels de La Coralline sont globalement sensibilisés à l'éthique de la relation et au respect de l'intimité des résidents. Les pratiques telles que frapper à la porte, respecter la confidentialité lors des soins, ou encore ne pas tutoyer les résidents, sont intégrées dans la culture de l'établissement.

Une psychologue à temps plein assure également un soutien à la réflexion éthique et participe aux réunions de concertation. Des staffs organisationnels pluridisciplinaires (PRO-GUA-ORG-009) sont organisés depuis 2024 afin d'accompagner les situations complexes et d'encourager une posture réflexive.

##### 3. Formation et culture institutionnelle

L'évaluation interne de 2025 indique un score de 79,16 % de bonnes réponses à la thématique "Bientraitance et éthique", traduisant une bonne appropriation globale des principes. Toutefois, une hétérogénéité est constatée dans la connaissance des procédures entre les nouveaux arrivants et les professionnels en poste depuis longtemps.

La dernière formation à la bientraitance remonte à plus de trois ans pour 43 % des professionnels, et le livret de bientraitance n'a pas été systématiquement remis aux nouveaux agents, ce qui fragilise la culture partagée attendue.

#### 4. Conditions matérielles et environnement

La construction récente d'une nouvelle unité a permis de réduire significativement le nombre de chambres doubles (passage de 30 à 18), renforçant l'intimité et la qualité de vie. Toutefois, les conditions matérielles des chambres (présence de douche, surface de certaines chambres) restent encore en-deçà des préconisations actuelles.

Des efforts sont portés à l'environnement : signalétique renouvelée en 2024, décoration collective, adaptation des espaces aux pathologies spécifiques (ex. Alzheimer – UVP), embellissement d'espaces extérieurs (allée des artistes, parcours sportif).

#### II. . Forces et points à améliorer (SWOT)

| FORCES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FAIBLESSES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Existence d'une charte de bientraitance actualisée (2023) intégrée au projet d'établissement</li><li>• Procédure de signalement des situations de maltraitance connue, avec politique de tolérance zéro</li><li>• Organisation de staffs pluridisciplinaires pour les situations complexes (depuis 2024)</li><li>• Présence d'une psychologue formée à l'éthique, référente dans les réflexions plurielles</li><li>• Réduction du nombre de chambres doubles avec la nouvelle unité (de 30 à 18)</li><li>• Affichage des outils de prévention en lieux visibles (hall d'accueil)</li><li>• Sensibilisation régulière en réunion sur la notion de bientraitance</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Formation à la bientraitance non à jour pour 43 % des professionnels (dernière formation &gt; 3 ans)</li><li>• Manque de systématisation dans la remise du livret bientraitance aux nouveaux arrivants</li><li>• Connaissance hétérogène des procédures chez les nouveaux professionnels</li><li>• Environnement matériel encore perfectible (chambres doubles, absence de douche)</li><li>• Pas de formation spécifique pour tous à l'éthique ou à la gestion des dilemmes moraux</li></ul> |
| OPPORTUNITÉS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MENACES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Appui du CHRA dans l'organisation de formations transversales (éthique, gestion des conflits)</li><li>• Référentiels HAS 2022 et recommandations ANESM/HAS apportent un cadre clair pour structurer les actions</li><li>• Volonté politique forte de soutenir la bientraitance (Loi Bien Vieillir, Schéma départemental 2023–2027)</li><li>• Lien renforcé avec les familles via le CVS et outils de communication (mailing, réunions, affichage)</li><li>• Déploiement d'outils numériques (Netsoins, intranet, BlueMediSanté) pour centraliser les protocoles</li></ul>                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Crise de confiance post-COVID chez certaines familles + contexte ORPEA → vigilance accrue</li><li>• Risque d'alerte publique ou médiatique en cas de négligence non identifiée ou non traitée</li><li>• Turn-over et tensions RH : arrivée de nouveaux professionnels non sensibilisés à la culture de l'établissement</li><li>• Évolution des attentes sociétales : exigence croissante en matière de respect, autonomie et transparence</li></ul>                                          |

### III. Plan d'action stratégique 2025-2029

| Objectifs stratégiques                        | Actions prévues                                                                                                                  | Indicateurs de suivi                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Renforcer la culture de bientraitance         | Mettre en place une formation systématique pour tout nouvel arrivant dans les 3 mois suivant l'embauche avec diffusion du livret | % de nouveaux formés dans les 6 mois      |
|                                               | Renforcer de la formation et supports de diffusion                                                                               | % de personnel formé < 3 ans              |
| Renforcer la prévention de la maltraitance    | Rappeler en réunion la procédure de signalement au moins 2x/an                                                                   | Nombre de réunions avec point signalement |
|                                               | Communiquer la politique de signalement dans le hall d'accueil                                                                   | Présence de l'affichage                   |
| Structurer les retours d'expérience éthique   | Intégrer la commission éthique institutionnelle du CHRA                                                                          |                                           |
|                                               | Temps régulier d'analyse de cas éthique en réunion de coordination (1/trimestre)                                                 | PV de réunion contenant un cas éthique    |
| Consolider la communication avec les familles | Inclure la charte bientraitance dans le livret d'accueil famille                                                                 | Mention dans le livret                    |

## THÉMATIQUE 2 : DROITS DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

### 1. . DIAGNOSTIC

Le Centre de Gériatrie La Coralline veille au respect des droits fondamentaux de chaque résident, en s'appuyant sur le cadre réglementaire (loi 2002-2, référentiel HAS 2022) et les bonnes pratiques professionnelles.

- **Information et compréhension des droits :**

- Le résident est informé de ses droits à toutes les étapes du parcours : pré-admission, admission, et tout au long du séjour.
- Le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour, et le règlement intérieur sont remis et expliqués.
- La désignation de la personne de confiance est proposée, mais sa procédure est encore à formaliser et le circuit à sécuriser.
- L'accès au dossier médical est encadré (PCD-DIP-001 Demande de consultation et/ou communication du dossier médical), les données sont protégées par les dispositifs du CH Royan Atlantique (MDP individuel dans NetSoins, pare-feu, filtrage URL, hébergeur certifié).

- **Cadre de vie respectueux des droits :**

- La chambre est reconnue comme un espace privé. Le personnel frappe à la porte, respecte les choix de personnalisation et d'organisation de la vie intime.
- Le résident peut sortir librement, recevoir des visites 24h/24, participer à la vie collective et citoyenne (vote interne et externe (législative présidentielle), débats (39-45 venue en 2025 du musée de royan...)).
- Les possibilités de vie de couple et de vie affective sont respectées. Des limites encadrées existent pour protéger les personnes vulnérables.
- La liberté religieuse est garantie : accès aux cultes assuré par l'aumônerie, et mobilisable à la demande pour tout autre culte. Le respect des athées est également recherché dès l'entrée (formulaire autorisation aumônerie / annexe au contrat de séjour)

- **Respect de la dignité, intimité, intégrité :**

- Le respect de la vie privée est garanti même en chambre double (séparation par rideaux, temps d'intimité préservés).
- Les dispositifs de sécurité (bracelets anti-fugue, UVP, systèmes d'appel, fermeture des portes) sont équilibrés pour préserver les libertés tout en garantissant la sécurité.

- **Conformité des infrastructures :**

- 18 chambres doubles restent en service sur 107, avec une majorité de chambres simples (dont 49 avec douche).
- Tous les sanitaires ne sont pas aux normes PMR : miroirs non adaptés aux fauteuils, espace réduit dans certaines chambres.

- **Compétences des professionnels :**

- Une formation aux droits des personnes accompagnées a été réalisée dans le cadre de l'autoévaluation HAS 2025, avec un score global de 74,52 %.
- La connaissance des outils obligatoires (charte, personne qualifiée, contrat de séjour, CVS...) est satisfaisante mais hétérogène selon les catégories professionnelles.

## 2. FORCES ET POINTS À AMÉLIORER (SWOT)

| Forces internes                                                                                       | Faiblesses internes                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Droit à l'intimité et au respect bien intégré                                                         | Procédure de désignation de la personne de confiance à structurer                           |
| Libre circulation, droit de visite 24h/24                                                             | Tous les résidents n'ont pas désigné de personne de confiance                               |
| Existence de l'UVP adaptée aux troubles cognitifs                                                     | Infrastructures parfois vétustes, date de 30 ans (sol, batiments)                           |
| Affichage clair des chartes et droits                                                                 | Méconnaissance partielle des modalités d'entrée et de la charte par certains professionnels |
| Cadre réglementaire appliqué pour les droits, la sécurité et la confidentialité                       | Manque d'espaces privés identifié pour rencontre familles-résidents en dehors des chambres  |
| Opportunités externes                                                                                 | Menaces externes                                                                            |
| Rattachement au CHRA : accès à des expertises juridiques et techniques                                | Évolution réglementaire exigeante sur le respect des droits (HAS, ARS)                      |
| Rénovation récente : 2019 PASA, SAM 2020, self 2022, ouverture de l'UVP 2023 et l'unité Emeraude 2024 | Perte de repères liés au changement de tenues professionnelles (GHT)                        |

### 3. PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2025-2029

| Objectifs stratégiques                                                    | Actions prévues                                                                                                                                                           | Indicateurs de suivi                                              |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Formaliser la procédure de désignation de la personne de confiance</b> | Élaborer un circuit clair (accueil, désignation, traçabilité)<br>Intégrer dans les procédures existantes                                                                  | Procédure validée et diffusée                                     |
| <b>Renforcer la compréhension des droits chez les résidents</b>           | Expliquer la charte à l'admission<br>Prévoir un temps dédié en animation (jeux, quizz droits)<br>Sensibiliser de manière ciblée sur les droits de la personne accompagnée | % de résidents ayant eu une explication / évaluation satisfaction |
| <b>Mieux informer les professionnels</b>                                  | Sensibilisation ciblée lors des réunions / intégration                                                                                                                    | Nombre de séances réalisées / % de professionnels sensibilisés    |
| <b>Améliorer le cadre de vie pour renforcer les droits</b>                | Créer un ou deux espaces de rencontre privés                                                                                                                              | Nombres d'espaces créés                                           |
| <b>Suivre l'effectivité des droits au quotidien</b>                       | Inscrire dans les enquêtes de satisfaction la perception du respect des droits                                                                                            | Indicateur de satisfaction « droits » intégrés                    |

## THÉMATIQUE 3 : EXPRESSION ET PARTICIPATION DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

### 1- DIAGNOSTIC :

L'EH PAD La Coralline affirme sa volonté de placer la personne accompagnée au cœur de son fonctionnement, en favorisant activement son expression, sa participation aux décisions, sa vie sociale et son exercice de la citoyenneté.

#### **Participation aux instances collectives :**

- Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) se réunit au moins 3 fois par an. Il comprend des représentants élus des résidents, familles, professionnels. Les comptes rendus sont affichés, diffusés aux familles et versés aux dossiers institutionnels. Les dernières élections ont eu lieu en juin 2025.
- La commission d'animation recueille la parole des résidents sur les activités proposées. Elle est pilotée par l'animatrice avec une logique participative (choix des thèmes, bilans...).
- Les commissions de restauration permettent aux résidents d'exprimer leurs goûts et préférences. Les menus à thème sont co-construits à partir de leurs choix. (thème 2024 : les pays, thème 2025 la musique).

#### **Expression individuelle et projet personnalisé :**

- Le recueil des préférences est effectué dès l'entrée et réactualisé dans le cadre du projet personnalisé.
- Les professionnels de soins, d'animation et psychologues contribuent à identifier les besoins exprimés, verbaux ou non verbaux.
- Les soignants sont affectés durablement à un secteur, ce qui leur permet de mieux connaître les habitudes des résidents.

#### **Moyens de communication adaptés :**

- L'expression est facilitée même pour les personnes non communicantes : observation, interprétation des attitudes, échanges avec les familles, usage de l'anima thérapie.
- Le recueil d'avis est effectué de manière formalisée : questionnaire de satisfaction, évaluations en animation, observations en équipe.

#### **Vie sociale et inclusion :**

- L'établissement consacre un budget conséquent annuel dédié à l'animation (12 800 € en 2024).
- L'équipe animation au sens large est composée de : 1 ETP animatrice structure, 4 ETP ASG, 1 ETP AMP et du temps psychologue au PASA.
- Le programme est varié : activités collectives, individuelles, APA, PASA, événements institutionnels festifs, partenariats avec la commune, école et associations.

#### **Citoyenneté et vie collective :**

- Les résidents peuvent participer à la vie locale : votes, débats, représentation, activité commune avec CCAS.
- La structure garantit le droit à l'information, à l'opinion, au culte et à la participation.

#### **Espaces favorisant l'expression :**

- Des lieux d'activité identifiés dans chaque secteur : salles à manger, salle polyvalente, SAM émeraude, salon émeraude, parcours de santé extérieur.
- Les animations peuvent également se tenir dans les couloirs ou lieux de passage, pour inclure les plus fragiles.

## 2- FORCES ET POINTS À AMÉLIORER

| Forces internes                                                            | Faiblesses internes                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Existence de plusieurs commissions participatives                          | L'évaluation des souhaits est parfois difficile chez les résidents non communicants                                  |
| Affectation durable des soignants favorisant la connaissance des habitudes | Les représentants du CVS ne sont pas toujours identifiés spontanément par les résidents, malgré un affichage pérenne |
| Budget conséquent dédié à l'animation                                      | Risque d'essoufflement de la participation aux commissions animation/restauration                                    |
| Activités diversifiées et adaptées à tous les niveaux d'autonomie          | Pas de mesure de l'impact des activités sur la qualité de vie perçue                                                 |
| Opportunités externes                                                      | Menaces externes                                                                                                     |
| Partenariats avec les écoles, mairie, associations                         | Baisse de la participation familiale ou associative (bénévoles)                                                      |
| Développement des outils numériques (tablette, visio, réseaux sociaux)     | Isolement accru de certains résidents en cas d'absences de proches                                                   |

## 3. PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2025-2029

| Objectifs stratégiques                                                | Actions prévues                                                                                                             | Indicateurs de suivi                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Renforcer la représentativité des résidents dans les instances</b> | -Organiser une information annuelle sur le rôle du CVS<br>-Identifier les élus dans chaque unité, par photo et affiche      | % de résidents identifiant leur représentant / nombre d'affiches visibles                                      |
| <b>Améliorer le recueil de l'expression individuelle</b>              | -Uniformiser le recueil dans les projets personnalisés<br>-Former les professionnels à l'observation des signes non verbaux | Nombre de dossiers mis à jour / taux de formation des équipes<br>(en cours grace à net soins)                  |
| <b>Structurer le suivi de l'impact des activités</b>                  | -Créer une fiche synthèse animation par résident<br>-Mesurer la satisfaction et la participation                            | Nombre de fiches créées / % de résidents ayant participé<br>(possible depuis mis en place net soins : 02/2025) |
| <b>Valoriser les activités citoyennes et sociales</b>                 | -Créer un temps mensuel d'actualités et débats                                                                              | Nombre d'actions citoyennes / retours résidents                                                                |
| <b>Maintenir la dynamique des commissions participatives</b>          | -Renouveler les modalités d'animation (supports créatifs, temps festifs)                                                    | Taux de participation / nombre de bénévoles actifs                                                             |

## THÉMATIQUE 4 : CO-CONSTRUCTION ET PERSONNALISATION DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT

### 1.DIAGNOSTIC

L'établissement La Coralline place la personnalisation de l'accompagnement au cœur de ses pratiques professionnelles. L'objectif est de garantir un projet de vie individualisé, élaboré avec la personne accompagnée, tenant compte de ses habitudes, de ses souhaits et de son évolution.

#### **Recueil des attentes et des habitudes de vie**

- À l'admission, un recueil structuré des habitudes, besoins, attentes et préférences est effectué, notamment par l'infirmière référente et l'équipe soignante.
- Ces données sont saisies dans le dossier informatisé et constituent la base du projet personnalisé.
- Une fiche "habitudes de vie" est intégrée au dossier de soins NET SOINS et visible de toutes les professionnels.

#### **Co-construction et suivi du projet d'accompagnement**

- Le projet est co-construit avec le résident, sa famille quand c'est possible et les professionnels de référence, dans un délai de 1 à 2 mois après l'admission.
- Il est formalisé lors d'un entretien personnalisé, avec les référents soins, animation, psychologue.
- Une réunion de réévaluation est planifiée chaque année ou lors de tout changement majeur (hospitalisation, perte d'autonomie...).

#### **Transversalité de l'approche**

- Le projet intègre toutes les dimensions de la vie du résident : soins, rythmes de vie, participation sociale, alimentation, autonomie, lien avec l'extérieur.
- Il mobilise plusieurs professionnels (IDE, ASG, AMP, animateur, psychologue...).

#### **Traçabilité et mise en œuvre**

- La formalisation est faite dans le logiciel de soins.
- Certains professionnels ne consultent pas systématiquement le projet personnalisé dans NetSoins.
- Des synthèses sont présentées lors de réunions d'équipe pour adapter les pratiques aux préférences du résident (staff organisationnel).

#### **Prise en compte de l'évolution des besoins**

- Une attention est portée aux signaux faibles (refus, changement de comportement, isolement).
- Des ajustements sont proposés, avec révision du projet personnalisé si nécessaire.

## 2- FORCES ET POINTS À AMÉLIORER

| Forces internes                                                                  | Faiblesses internes                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| - Projet personnalisé réalisé pour chaque résident                               | - Délai parfois dépassé pour la première réunion post-admission                   |
| - Entretien personnalisé co-construit avec la famille                            | - Hétérogénéité dans la consultation et l'actualisation du projet                 |
| - Implication des professionnels du soin, de l'animation, de la psychologie      | - Faible implication de certains intervenants extérieurs (libéraux, prestataires) |
| - Prise en compte du rythme de vie et des préférences                            | - Traçabilité dans NetSoins perfectible : changement récent du logiciel.          |
| - Coordination des référents autour du résident                                  | - Manque d'indicateur de suivi de la qualité du projet personnalisé               |
| Opportunités externes                                                            | Menaces externes                                                                  |
| - Évolutions du référentiel HAS valorisant la personnalisation                   | - Risque de standardisation par les outils informatiques                          |
| - Possibilité d'intégrer la famille et les aidants à distance (téléphone, visio) | - Complexité à associer les familles éloignées ou désengagées                     |

### 3- PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2025-2029

| Objectifs stratégiques                                                  | Actions prévues                                                                                                        | Indicateurs de suivi                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Renforcer la co-construction des projets avec les résidents et familles | Proposer systématiquement la présence d'un proche.                                                                     | % de projets avec présence famille / satisfaction des résidents |
| Garantir le respect des délais de formalisation                         | Réaliser un suivi mensuel par la direction. (Alerte automatique via NetSoins).                                         | Délai moyen de réalisation du projet post-admission (<1 mois)   |
| Uniformiser la traçabilité dans le dossier de soins                     | Sensibiliser les professionnels lors des transmissions                                                                 | Taux de projets à jour / consultés                              |
| Impliquer tous les professionnels dans l'évaluation des besoins         | Sensibilisation lors des transmissions. Tracer les ajustements dans le dossier.                                        | Nombre d'actions d'ajustement                                   |
| Mesurer l'adéquation entre projet et accompagnement réel                | Réaliser une enquête annuelle qualitative (audit flash).<br>Création d'un indicateur « projet personnalisé respecté ». | Résultats de l'audit flash / taux d'adéquation constaté         |

## THÉMATIQUE 5 : ACCOMPAGNEMENT À L'AUTONOMIE

### 1- DIAGNOSTIC :

L'EHPAD La Coralline s'inscrit dans une logique d'accompagnement global de l'autonomie, considérant l'autonomie comme une dynamique évolutive et multidimensionnelle (physique, cognitive, sociale, émotionnelle). L'établissement privilégie une approche préventive, individualisée et pluridisciplinaire.

#### **Prise en compte du niveau d'autonomie :**

- Une évaluation de l'autonomie est réalisée à l'entrée (grille AGGIR), puis régulièrement mise à jour en équipe pluridisciplinaire.
- Les équipes s'appuient sur des observations quotidiennes et des outils d'évaluation comme le GIR, les grilles douleur, les échelles nutritionnelles (MNA).
- Les plans d'aide et d'accompagnement sont ajustés selon l'évolution des besoins.

#### **Préservation des capacités et prévention de la dépendance :**

- Des actions de prévention sont intégrées à la vie quotidienne : stimulation cognitive, mobilisation douce, animations ciblées.
- Le PASA, les activités d'APA, les stimulations sensorielles et les sorties favorisent l'autonomie motrice, sociale et cognitive.
- Les ASG et AMP jouent un rôle clé dans la stimulation personnalisée.

#### **Aides techniques et environnement adapté :**

- Des aides à la mobilité (fauteuils, verticalisateurs, rails, déambulateurs) sont disponibles et entretenues.
- L'environnement est adapté : couloirs larges, barres d'appui, ascenseurs, mobilier ergonomique.
- Toutefois, certaines chambres et salles de bain restent partiellement inadaptées à une autonomie optimale (notamment chambres doubles).

#### **Accompagnement individualisé du rythme de vie :**

- Les levers et couchers sont respectés selon les habitudes, dans la mesure du possible.
- Les professionnels veillent à encourager l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne (toilette, repas, déplacements).
- Le plan de soins valorise la mobilisation quotidienne, même en chambre.

#### **Suivi et coordination :**

- Des transmissions ciblées permettent de suivre les variations de l'autonomie.
- Des réunions de coordination sont tenues régulièrement, associant les professionnels du soin, de la rééducation, de l'animation et la psychologue.
- Le score d'autoévaluation 2025 pour cette thématique atteint 81,90 %, ce qui est très satisfaisant, tout en mettant en lumière quelques axes d'amélioration.

## 2- FORCES ET POINTS À AMÉLIORER

| Forces internes                                                                          | Faiblesses internes                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Approche globale et pluridisciplinaire de l'autonomie                                    | Certaines chambres doubles peu adaptées à la mobilisation à l'autonomie                 |
| Présence d'un PASA, d'ASG et d'une monitrice APA                                         | Évaluations non systématiquement tracées ou partagées entre équipes                     |
| Stimulation cognitive, sociale et physique intégrée au quotidien                         | Manque d'outils de mesure formalisée du maintien ou de la perte d'autonomie             |
| Encouragement à la mobilité quotidienne                                                  | Suivi difficile des effets concrets des actions sur l'autonomie                         |
| Collaboration interdisciplinaire active                                                  |                                                                                         |
| Opportunités externes                                                                    | Menaces externes                                                                        |
| Réponses à appels à projets et financements liés à la prévention de la perte d'autonomie | Risque de glissement des tâches en contexte de sous-effectif                            |
| Formation continue possible via le GHT et les ressources du CHRA                         | Pathologies lourdes ou évolutives réduisant les possibilités de maintien de l'autonomie |

## 3- PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2025-2029

| Objectifs stratégiques                                    | Actions prévues                                                               | Indicateurs de suivi                                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Renforcer la traçabilité du suivi de l'autonomie          | Créer une fiche d'évolution de l'autonomie<br>Formaliser un point trimestriel | % de fiches complétées / réévaluations effectuées    |
| Mieux adapter l'environnement matériel à l'autonomie      | Prioriser la transformation des chambres doubles                              | Nombre de chambres adaptées / taux de satisfaction   |
| Valoriser la mobilisation dans les pratiques quotidiennes | Intégrer un axe « autonomie » dans les transmissions orales et écrites        | % de professionnels mobilisés / retours en réunion   |
| Suivre les effets concrets des actions sur les capacités  | Définir des indicateurs de maintien des acquis par activité                   | Résultats des indicateurs / ajustements mis en œuvre |

## THÉMATIQUE 6 : ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ

### 1. DIAGNOSTIC

L'accompagnement à la santé est au cœur de la mission de l'EHPAD La Coralline. Il s'inscrit dans une approche globale et pluridisciplinaire visant à garantir l'accès à des soins de qualité, continus, sécurisés, adaptés aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie, tout en respectant ses choix de vie.

#### 1.1 Une organisation médicale et soignante coordonnée

L'organisation des soins repose sur une coordination étroite entre les acteurs internes et externes :

- La présence d'un médecin pour 50% gériatre et 50% coordonnateur permet de garantir la cohérence du projet de soins, l'élaboration du CPOM, le lien avec les prescripteurs et les intervenants extérieurs.
- Les soins sont assurés par une équipe pluridisciplinaire majoritairement salariée : IDE, AS, ASG, AMP, psychologue, kiné, ergothérapeute, monitrice APA, intervenants libéraux (orthophonistes, pédicure...).
- Les prescriptions médicales : faute de médecins généralistes libéraux se déplaçant, le médecin gériatre et coordonnateur s'avère le seul médecin traitant de l'ensemble des résidents. Ce mode de fonctionnement garantit une prise en charge médicale du résident. En son absence, le médecin de l'USLD à temps partiel le remplace. En cas de problème la nuit, WE et jours fériés, il est possible de faire au médecin d'astreinte du CHRA.
- Les transmissions entre équipes sont quotidiennes, via NetSoins et les réunions de transmissions ciblées. Des fiches d'observation sont renseignées par les équipes pour suivre les constantes, la douleur, les soins

#### 1.2 L'accès aux soins et la coordination du parcours de santé

L'établissement veille à faciliter l'accès aux soins tout au long du parcours résidentiel :

- À l'entrée, un bilan médical initial est réalisé. Les antécédents, traitements, allergies, troubles cognitifs et sensoriels sont recensés.
- Le suivi médical est régulier et adapté. Les consultations spécialisées (ophtalmologie, neurologie, psychiatrie, cardiologie) sont organisées soit à l'extérieur, soit par téléconsultation.
- L'établissement collabore avec les cliniques, les services du CHRA (urgences, laboratoire, radiologie, pharmacie), pour assurer la continuité des soins.
- Les hospitalisations sont encadrées (fiche de liaison, informations au retour, coordination des suites). Toutefois, l'éloignement géographique de certains spécialistes, les délais d'obtention de rendez-vous, ou encore les ruptures dans la transmission d'informations (comptes rendus hospitaliers absents ou tardifs) peuvent fragiliser la fluidité des parcours.

#### 1.3 Une politique médicamenteuse maîtrisée

L'EHPAD s'appuie sur des protocoles internes et le travail du médecin coordonnateur pour assurer la sécurité et la qualité des traitements :

- Les traitements sont vérifiés à l'entrée, puis revus régulièrement lors des visites médicales.
- Les IDE assurent la préparation et l'administration des traitements, avec double vérification lors : une à la préparation et une à l'administration.
- Une attention particulière est portée à la limitation des psychotropes, des benzodiazépines et à la surveillance des interactions.
- La douleur est évaluée par échelle (Doloplus, Algoplus) et prise en charge de manière adaptée, avec des relais antalgiques disponibles.

La pharmacie livre 24h/24 en cas de traitement urgent,

Des efforts restent à faire pour intégrer les résidents/familles aux décisions médicales quand cela est possible.

#### 1.4 Prise en compte de la santé mentale, de la douleur et du bien-être

- La santé mentale fait l'objet d'un suivi particulier : les troubles cognitifs sont évalués (MMSE, NPI-ES) et les troubles du comportement encadrés dans une logique de non-contention.

- Création d'un UVP de 17 places, ouvert en décembre 2023
- La psychologue intervient à la demande et participe à l'élaboration du projet de soins.
- Un accompagnement palliatif est proposé aux résidents en fin de vie : protocole de soins, prise en charge de la douleur, accompagnement des familles. Les directives anticipées sont encore peu nombreuses.
- La prise en compte de la douleur est encadrée par des protocoles et du si besoin.

### 1.5 Des pratiques en amélioration continue

- L'établissement réalise des audits internes sur l'administration des traitements, les soins d'hygiène, la prévention des escarres et la prise en charge de la douleur.
- Une vigilance sanitaire est assurée (pharmacovigilance, matériovigilance...), en lien avec le CHRA
- Des protocoles de soins sont disponibles, mais parfois hétérogènement connus.

L'évaluation interne réalisée début 2025 attribue un score de 79.11 % de bonnes réponses à cette thématique, traduisant une qualité globalement satisfaisante, mais laissant entrevoir des marges de progression sur la formalisation, le lien ville-hôpital et la fluidité des parcours.

## 2- FORCES ET POINTS À AMÉLIORER

| Forces internes                                                                 | Faiblesses internes                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| - Équipe soignante stable et engagée                                            | - Accès difficile à certains spécialistes (ophtalmo, dermato, ORL) |
| - Coordination pluridisciplinaire en réunions                                   | - Peu de retours systématisés après hospitalisation                |
| - Surveillance des risques (douleur, chutes, nutrition)                         | Difficulté de récupérer les directives anticipées                  |
| - Politique de réduction des psychotropes par des pratiques non médicamenteuses |                                                                    |
| Opportunités externes                                                           | Menaces externes                                                   |
| Développement des téléconsultations en EHPAD                                    | - Rareté des professionnels médicaux spécialisés sur le territoire |
| - Coopérations avec CHRA et GHT / SMR                                           | - Charge administrative croissante pour les IDE                    |

### 3- PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2025-2029

| Objectifs stratégiques                                               | Actions prévues                                                                | Indicateurs de suivi                 |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Renforcer les protocoles et la traçabilité</b>                    | - Profiter du changement de logiciel (Net Soins) pour renforcer la traçabilité | Nombre de formation à BMS            |
| Renforcer la connaissance des protocoles                             | - Formation/information à l'usage de l'outil BMS                               | taux de participation aux formations |
| <b>Soutenir la santé mentale et les soins palliatifs</b>             | - Renforcer le lien avec l'EMSP                                                | Nombre d'interventions               |
| <b>Développer l'accès à la télé-expertise (idem : obj 32 du PMS)</b> | -Former les professionnels à l'usage de la téléconsultation                    | Nombre de téléconsultations          |

## THÉMATIQUE 7 : CONTINUITÉ ET FLUIDITÉ DES PARCOURS

### 1. DIAGNOSTIC

La Coralline accorde une attention soutenue à la coordination des parcours de vie et de soins, depuis l'entrée jusqu'à la sortie y compris la fin de vie, avec une vigilance particulière portée à la qualité de l'information, à la cohérence des interventions et à la continuité interprofessionnelle et interinstitutionnelle.

#### **Parcours d'entrée en établissement :**

- L'entrée est préparée de façon individualisée : visite de préadmission (si possible, si souhaitée), entretiens avec l'équipe médico-sociale, la psychologue, recueil des habitudes de vie.
- La coordination avec les partenaires hospitaliers et les services d'aide à domicile permet de recueillir les éléments médicaux et sociaux nécessaires. La visite de la psychologue à domicile est parfois nécessaire
- Un dossier d'entrée structuré unique permet de colliger les informations administratives, médicales, et de projet de vie et qu'elles soient disponibles pour tous et dès le premier jour d'accueil.

#### **Parcours de soins en interne :**

- Le suivi médical est assuré par des médecins salariés (médecin gériatre et médecins d'astreinte le WE et jours fériés), coordonnés avec le cadre de santé, l'IDEC et le médecin coordonnateur.
- L'établissement a une forte culture gériatrique et s'organise pour permettre d'éviter les hospitalisations et améliorer le parcours de soins du résident
- Le lien avec les spécialistes est parfois indirect (accompagnement des familles) ou directe, quand il est fait recours à un accompagnement par un soignant lors d'examens extérieurs (radiologie, dentiste) pour des résidents avec certaines pathologies (Alzheimer...etc) - Le logiciel NetSoins centralise les données médicales, paramédicales, prescriptions et transmissions.
- Une vigilance est portée sur les parcours spécifiques (PASA, entrée en UVP, soins palliatifs).

#### **Coordination avec les partenaires externes :**

- L'EHPAD travaille avec : HAD, EMSP, EMOG, les différents services du CHRA (urgence, radiologie, laboratoire, pharmacie) les cliniques pour les interventions chirurgicales, réseaux gérontologiques, DAC PTA17, tutelles, services sociaux...etc
- la pharmacie livre 24h/24 en cas de traitement urgent,
- le laboratoire transmet dans les 3h, via une plateforme, les résultats d'analyse et génère un appel lorsque les bilans sont perturbés
- Des échanges sont réalisés en amont, pendant, et après les hospitalisations (comptes rendus, bilans, réadaptation).
- La collaboration avec les établissements sanitaires est parfois freinée par un manque d'interopérabilité informatique.

#### **Fin de vie et accompagnement des transitions :**

- L'accompagnement de la fin de vie est réalisé en lien avec les familles, la psychologue, le médecin et le personnel soignant.
- Des protocoles spécifiques (douleur, soins palliatifs, écoute) sont mis en œuvre si besoin.
- Une réflexion est en cours pour renforcer la culture palliative dans l'établissement.

#### **Sortie ou transfert :**

- Les sorties sont rares mais peuvent avoir lieu vers d'autres structures (USLD, autres EHPAD) ou retour à domicile.
- L'équipe administrative et soignante assure le lien pour la transmission d'informations et la coordination logistique.

## 2- FORCES ET POINTS À AMÉLIORER

| Forces internes                                                     | Faiblesses internes                                       |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Préparation rigoureuse de l'entrée                                  | Manque d'interopérabilité avec les logiciels hospitaliers |
| Utilisation d'un dossier informatisé (NetSoins) partagé (pharmacie) | Peu de bilans post hospitalisation                        |
| Partenariats multiples avec les acteurs du territoire               | Formation aux soins palliatifs à renforcer                |
| Implication des IDE et cadre dans la coordination                   |                                                           |
| Accompagnement de fin de vie personnalisé                           |                                                           |
| Faibles recours aux hospitalisations courtes (urgences)             |                                                           |
| Opportunités externes                                               | Menaces externes                                          |
| Renforcement des dispositifs territoriaux (DAC, CPTS)               | Saturation des hôpitaux et délais de retour prolongés     |
| Développement de l'HAD et consultations télé médecine               |                                                           |

### 3- PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2025-2029

| Objectifs stratégiques                                           | Actions prévues                                                                                  | Indicateurs de suivi                                                         |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Améliorer la coordination avec le CHRA (Obj 9 et 10 du PMS)      | Formaliser le circuit                                                                            | % de retours hospitaliers avec compte-rendu intégré                          |
|                                                                  | Envoyer systématiquement un bilan retour d'hospitalisation                                       |                                                                              |
| Fluidifier le lien avec les partenaires externes (Obj 10 du PMS) | Organiser une rencontre avec les partenaires (HAD, EMSP, etc.) et Mettre à jour les conventions  | Nombre de partenaires rencontrés / conventions à jour                        |
|                                                                  | Participation aux réunions parcours long sur les bed blocker                                     | Nombre de réunions par an<br>Nombre de bed blocker accueillis à la coralline |
| Structurer l'accompagnement en fin de vie (Obj 5 du PMS)         | Déployer un protocole de soins palliatifs partagé<br>Former les équipes à la démarche palliative | % de professionnels formés / satisfaction des familles                       |

## THÉMATIQUE 8 : POLITIQUE RESSOURCES HUMAINES

La politique des ressources humaines constitue un levier stratégique fondamental pour garantir la qualité de vie au travail, l'attractivité, la fidélisation des professionnels et, in fine, la qualité de l'accompagnement des résidents. Dans un contexte national de fortes tensions sur les métiers du grand âge, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes doivent plus que jamais repenser leurs pratiques RH pour « prendre soin de ceux qui prennent soin ».

L'EHPAD La Coralline, en tant qu'établissement rattaché au Centre Hospitalier Royan Atlantique (CHRA), bénéficie des orientations structurantes du projet social 2025–2029 du CHRA. Ce dernier repose sur trois axes stratégiques :

- intégrer la qualité de vie et les conditions de travail (QVCT) dans la stratégie globale,
  - relever le défi de l'attractivité et de la fidélisation,
  - favoriser les parcours professionnels tout au long de la vie.
- À l'échelle de l'EHPAD, ces enjeux prennent un relief particulier du fait de la spécificité du public accompagné (personnes âgées dépendantes) et des contraintes propres à une structure médico-sociale à taille humaine.

### 1 DIAGNOSTIC :

L'EHPAD La Coralline place les ressources humaines au cœur de son organisation, convaincu que la qualité de l'accompagnement repose sur la compétence, l'engagement et la stabilité des professionnels. Dans un contexte de tension sur l'emploi médico-social, l'établissement mène une politique RH à la fois réactive et humaine, mais confrontée à des contraintes structurelles.

#### **Une équipe pluridisciplinaire engagée**

- Forte implication des équipes dans l'accompagnement du résident, avec un attachement au sens du travail reconnu dans les retours d'enquête interne.
- Personnel soignant : infirmier(ère)s diplômé(e)s d'État, aides-soignant(e)s, aides médico-psychologiques, assistants de soins en gériatrie.
- Intervenants médico-psychosociaux : psychologue, ergothérapeute, monitrice APA, animateurs.
- Agents de service logistique, agents d'entretien, cuisiniers, agents administratifs.

Le taux d'encadrement en ETP est conforme aux normes réglementaires, mais reste sous pression dans certaines unités. L'équipe est marquée par une grande implication, une connaissance fine des résidents, et une volonté de bien faire.

#### **Gestion des effectifs et du temps de travail**

- Les plannings sont gérés en lien entre le cadre de santé et la direction, avec un appui de la DRH du CHRA.
- Une gestion prévisionnelle des effectifs est réalisée, mais mise à mal par les arrêts de courte durée qui oblige à des rappels ou à la mise en place de procédure dégradée.
- Le taux d'absentéisme reste élevé (> 10 %), en lien avec la pénibilité, les arrêts de courte durée et un effectif souvent juste.
- Tensions sur le recrutement, en particulier des aides-soignants diplômés, avec un recours important aux remplacements de dernière minute.
- Le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim est devenu fréquent depuis 2024 pour pallier les absences, ce qui peut impacter la qualité du suivi et la continuité relationnelle.

### **Formation, compétences et valorisation des parcours**

- Accès à la formation continue dans le cadre du plan de formation mutualisé avec le CHRA.  
L'établissement dispose d'un plan de formation annuel, en lien avec les besoins repérés lors des évaluations RH annuelles (douleur, soins palliatifs, Alzheimer, hygiène, gestes d'urgence).
- Une attention particulière est portée à la montée en compétences des ASG, et à l'accompagnement des tuteurs de stage.
- Les formations sont parfois difficiles à mettre en œuvre en raison du manque de remplaçants et de la charge de travail.
- 1 à 2 professionnels par an sont engagés dans des parcours diplômants ou de spécialisation (DEAS, DE IFSI, 40heures, etc.).

### **Management de proximité et communication interne**

- Stabilité managériale et culture d'établissement humaniste : l'encadrement de proximité, malgré des marges de manœuvre réduites, reste mobilisé et attentif au climat social. Il joue un rôle pivot dans l'organisation quotidienne, l'accompagnement des équipes et le soutien opérationnel.
- Des réunions d'équipe sont organisées régulièrement, mais restent parfois centrées sur les urgences du moment.
- Le management participatif est encouragé : groupes de travail qualité, réunions projet.
- La communication transversale est encore perfectible, notamment entre les équipes de jour/nuit, logistiques/soignants, et entre les différents secteurs.

### **Qualité de vie au travail (QVT) et climat social**

- L'établissement reste à taille humaine, ce qui favorise une certaine convivialité entre professionnels.
- Les agents sont attentifs les uns aux autres, malgré une charge de travail importante.
- Des efforts sont réalisés pour préserver l'équilibre vie pro / vie perso (planning anticipé, temps partiels).
- Une enquête de climat social a été réalisée en 2024, révélant un besoin fort de reconnaissance. Il existe un manque de lisibilité des parcours professionnels et des possibilités de mobilité ou d'évolution (passerelles entre services, formation qualifiante, reconversion). Cette enquête a également révélé une insuffisance de valorisation des réussites individuelles ou collectives, générant un sentiment de frustration.
- Manque de temps dédié à la prévention santé des professionnels (ex. : RPS, TMS, épuisement), car les risques psychosociaux sont réels : surcharge ponctuelle, usure professionnelle.

### **Recrutement, attractivité et intégration**

De par sa distance géographique, certaines tâches sont réalisées sur place :

- Les entretiens de recrutement
- L'accueil des nouveaux professionnels, avec présentation de la structure, récupération des tenues de travail, du planning, signature du contrat. Les personnes recrutées bénéficient de quelques journées en doublon avec un salarié référent pour se familiariser avec le poste et les spécificités de l'établissement.
- 2 fois par an, une matinée d'intégration et un temps d'information des nouvelles recrues sont organisés, selon le même calendrier que celui du CHRA (accueil le matin sur le CHRA et un temps l'après-midi sur le site de la coralline) qui s'accompagne de la diffusion d'un livret d'accueil aux professionnels.
- 1f/an l'évaluation du personnel titulaire et CDI. Les contractuels étant évalués à chaque fin de contrat.

- Tensions sur le recrutement : Le contexte territorial (zone rurale, éloignement des centres urbains) complique le recrutement des soignants, particulièrement les IDE.
- L'EHPAD propose un parcours d'intégration, avec livret d'accueil, tutorat et entretiens de suivi, mais son application est hétérogène.
- Les mobilités internes ou inter-structures (via le GHT) sont possibles, mais peu sollicitées.
- L'attractivité passe aussi par les conditions matérielles (locaux, équipements) et les valeurs humaines mises en avant dans le projet d'établissement.

## 2- FORCES ET POINTS À AMÉLIORER

| Forces internes                                                        | Faiblesses internes                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Équipe stable et expérimentée..                                        | Absentéisme élevé et charge émotionnelle forte.                                                 |
| Bonne connaissance des résidents                                       | Difficultés de remplacement : IDE et AS                                                         |
| Climat bienveillant entre collègues                                    | Communication transversale perfectible                                                          |
| Initiatives de QVT (souplesse plannings, écoute)                       | Suivi de l'intégration et du tutorat à renforcer                                                |
| Plan de formation mobilisé chaque année                                | Manque de lisibilité sur les dispositifs RH internes                                            |
| Dialogue social existant avec les instances                            |                                                                                                 |
| Opportunités externes                                                  | Menaces externes                                                                                |
| Dispositifs ARS / Région pour former ou recruter (DEAS, apprentissage) | Tension nationale sur les métiers du grand âge                                                  |
| Coopération possible avec le GHT et les EHPAD publics voisins          | Concurrence avec le secteur privé sur les conditions salariales                                 |
| Partenariats avec les centres de formation (IFAS, lycée pro, IFSI...)  | Faible attractivité du territoire et conditions périphériques défavorables (mobilité, logement) |

### 3- PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2025-2029

| Objectifs stratégiques                                       | Actions prévues                                                                                                                 | Indicateurs de suivi                                |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Améliorer l'attractivité et le recrutement</b>            | - Créer un livret d'accueil spécifique EHPAD, en lien avec le CHRA                                                              | Taux de distribution / nombre de nouveaux arrivants |
| <b>Réduire l'absentéisme et renforcer la QVT</b>             | - Créer un groupe QVT avec les représentants de chaque unité<br>- Lancer un baromètre bien-être annuel                          | Taux d'absentéisme / score de bien-être déclaré     |
| <b>Renforcer l'intégration des nouveaux agents</b>           | - Structurer un parcours d'intégration formalisé                                                                                | Taux de satisfaction à 1 mois / 3 mois              |
| <b>Développer les compétences et parcours professionnels</b> | - Créer des passerelles entre unités ou avec le CHRA.<br>- Valoriser les parcours internes (portraits, interviews, cérémonies). | Nombre de parcours valorisés                        |
| <b>Soutenir le management de proximité</b>                   | - Mettre en place un référent RH de proximité pour l'EHPAD (appui DRH CHRA).                                                    | Nbr de jour de présence sur site                    |

### 4- CONCLUSION

La politique RH de l'EHPAD La Coralline, en lien avec les orientations du CHRA, vise à construire un environnement de travail attractif, stable et solidaire. En plaçant les agents au cœur du projet d'établissement, l'EHPAD entend relever les défis du recrutement, de la fidélisation et de la reconnaissance. Cette politique se déploiera selon une démarche participative, appuyée par un pilotage opérationnel et un suivi annuel concerté.

## THÉMATIQUE 9 : DÉMARCHE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

### 1. DIAGNOSTIC

#### 1.1 Contexte général et positionnement stratégique

Rattaché au Centre Hospitalier Royan Atlantique, labellisé Hôpital de Proximité, l'EHPAD bénéficie d'une dynamique institutionnelle forte autour de la qualité et de la sécurité des soins. Cette dynamique s'inscrit dans une volonté de gouvernance partagée, de responsabilisation des équipes et de développement d'une culture sécurité fondée sur le retour d'expérience, la transparence et la participation active des professionnels et des usagers (résidents, familles).

Le projet QGDR 2025–2029 du CHRA sert de cadre structurant pour harmoniser et consolider les pratiques en matière de gestion des risques, de promotion de la bientraitance, de traitement des événements indésirables (EI) et de développement des outils d'amélioration continue.

#### 1.2 État des lieux dans l'EHPAD

L'évaluation interne et l'alignement avec le CHRA a mis en évidence :

La culture qualité est globalement présente parmi les professionnels, avec un taux de bonnes réponses de 77,66 % selon l'évaluation interne. La connaissance du rôle de chacun, du Plan de continuité d'activité et des protocoles est satisfaisante. Néanmoins, la déclaration des événements indésirables reste incomplète, en particulier les FSEI. Les CREX sont réalisés ponctuellement, mais peu partagés ou valorisés. Les EPP, audits ou méthodes traceurs restent à développer, faute de temps et de coordination.

#### Traitement des événements indésirables et gestion des risques

Les professionnels savent comment déclarer un événement indésirable (EI) et quelles suites sont données. La CAFEIN au niveau du CHRA fonctionne mais mériterait d'être plus connectée aux équipes de terrain de l'EHPAD. Le traitement des EI est encadré, mais le retour aux professionnels est irrégulier. : la sous-déclaration limite la réalisation des RETEX (comme noté aussi dans le projet CHRA).

La gestion des risques cyber ou techniques (panne SI, crise) est peu connue et les exercices de simulation sont rares.

|          | ÉNONCÉS                                                                                                                | BONNES<br>REPONSES |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Ref_6191 | Comment peut-on déclarer un événement indésirable ?                                                                    | 92,77%             |
| Ref_6192 | Quelle suite est donnée à la déclaration d'un événement indésirable ?                                                  | 86,35%             |
| Ref_6193 | A qui le directeur communique-t-il la suite donnée aux événements indésirables déclarés ?                              | 61,79%             |
| Ref_6194 | Quand un événement indésirable est déclaré, la personne accompagnée est-elle informée ?                                | 40,79%             |
| Ref_6195 | Si vous avez connaissance d'un Evénement Indésirable, que faites-vous ?                                                | 84,82%             |
| Ref_6196 | Quel est le rôle de l'instance dédiée dans l'ESSMS à faire des Retours d'Expériences sur les événements indésirables ? | 80,38%             |

#### Participation des usagers et gestion des plaintes

Le Traitement des plaintes et réclamations est globalement bien connu par les équipes. Les plaintes sont traitées, analysées, et transmises à la direction. Les résidents et leurs familles ou représentants peuvent s'exprimer par différents canaux. Toutefois, la participation active des résidents et des familles pour le traitement et le retour, reste dans le cadre du CVS. Les enquêtes de satisfaction sont rares. Il n'y a pas encore d'intégration de résidents dans des groupes de travail qualité ou l'analyse des EI. Le bilan des déclarations d'évènements indésirables et leur traitement est présenté au premier CVS de chaque année.

|          | ÉNONCÉS                                                                                                          | BONNES<br>REPONSES |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Ref_6181 | Comment sont recueillies les plaintes émises par les personnes accompagnées et leur entourage ?                  | 54,7%              |
| Ref_6182 | Où sont enregistrées les plaintes et les réclamations des personnes accompagnées et de leur entourage ?          | 95%                |
| Ref_6183 | Quelle suite est donnée à une réclamation ou une plainte déposée par une personne accompagnée ou son entourage ? | 92,43%             |
| Ref_6185 | À qui le directeur communique-t-il les plaintes et réclamations ?                                                | 67,71%             |
| Ref_6188 | Une famille a déposé une plainte par écrit auprès du directeur...                                                | 65,86%             |
| Ref_6189 | Comment se déroule l'analyse des plaintes ?                                                                      | 79,74%             |
| Ref_6190 | Dans cette liste d'événements, lesquels pouvez-vous qualifier d'Événement Indésirable devant être déclaré ?      | 76,87%             |

### Gestion documentaire

La gestion documentaire centralisée au niveau du CHRA est perfectible : de nombreux documents sont obsolètes, le classement n'est pas toujours fiable, et la signature électronique est en cours de mise en place. L'outil Blue Medi est peu utilisé et sa structure n'est pas dédiée exclusivement à la qualité. Une réorganisation est nécessaire pour fiabiliser le cycle de vie documentaire. Les nouveaux professionnels de la coralline n'ont pas été tous formés.

### Réactivité en gestion de crise

Bonne réactivité des agents grâce à leur bonne connaissance de la structure et des éléments qui composent le plan Bleu (procédures associées). Cependant la notion de plan bleu n'est pas claire dans l'esprit des professionnels.

### Démarche de développement durable

L'établissement a initié des actions en faveur de la réduction des déchets (tri sélectif, réduction de l'usage du plastique. Produits d'entretien progressivement remplacés par des alternatives éco labellisées. Des efforts sont faits pour optimiser la consommation énergétique (led, détecteur de lumière, contrôle température, entretien du système de chauffage)

## 2- FORCES ET POINTS À AMÉLIORER

| Forces internes                                                                                                             | Faiblesses internes                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Culture qualité déjà bien implantée dans les équipes avec un bon niveau de connaissances (score global supérieur à 77.66 %) | Connaissance insuffisante des tenants et aboutissants du plan bleu                                                       |
| Procédure de traitement des plaintes bien connue, avec enregistrement, réponse, traçabilité.                                | Sous-déclaration des événements indésirables fréquents (FSEI) malgré leur connaissance théorique.                        |
| Connaissance du Plan de continuité d'activité par les équipes (procédures dégradées).                                       | Participation limitée des usagers aux enquêtes de satisfaction ou à l'évaluation des pratiques (1 en 5 ans).             |
| Sensibilisation à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance                                                    | Pas de référent qualité et GDR formellement désigné au sein de l'EHPAD.                                                  |
| Adossement au CHRA, facilitant l'accès aux outils institutionnels, indicateurs, formations et RETEX.                        | Manque de temps qualité en équipe : peu d'espaces de retour sur les résultats ou les actions d'amélioration.             |
|                                                                                                                             | Rôle du RAQ peu connu, outils qualité peu visibles au quotidien.                                                         |
| Opportunités externes                                                                                                       | Menaces externes                                                                                                         |
| Projet QGDR CHRA structuré avec des axes opérationnels précis, outils mutualisables, animation du réseau qualité            | Ressources humaines contraintes, difficulté à libérer du temps pour la démarche qualité dans un contexte de tension.     |
| Possibilité d'intégrer des méthodes innovantes (serious games, réalité virtuelle)                                           | Érosion de la motivation à déclarer sans retour d'information visible ou reconnaissance des actions engagées.            |
| Formation interprofessionnelle GHT et dynamique qualité commune aux EHPAD publics et établissements sanitaires.             | Cybermenaces croissantes (rançongiciels, phishing)                                                                       |
| Déploiement d'un système de signalement des EI par les usagers (prévu dans le CHRA), à mutualiser                           | Vieillesse rapide de la population du territoire, augmentant la complexité des prises en charge et des risques associés. |

### 3- PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2025-2029

| Objectifs stratégiques                                                      | Actions prévues                                                            | Indicateurs de suivi                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Structurer le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques</b> | Désigner un référent qualité-GDR local                                     | membre désigné formellement                         |
|                                                                             | Créer un COPIL qualité/GDR à l'échelle de l'EHPAD                          | Tenue d'au moins 3 réunions/an                      |
| <b>Renforcer la déclaration et l'analyse des EI et FSEI</b>                 | Organiser des formations à la culture sécurité et au signalement           | Nombre d'analyses CREX menées                       |
|                                                                             | Valoriser les signalements lors des réunions d'équipe                      | Nombre d'EI déclarés/an                             |
|                                                                             | Formation à l'usage de Blue Medi                                           | Nombre de personnes formées par an                  |
| <b>Améliorer la participation des résidents, MJPM et familles</b>           | Intégrer les résidents à un groupe de réflexion qualité                    |                                                     |
|                                                                             | Réaliser au moins une enquête annuelle de satisfaction avec retour affiché | Taux de réponse >40 %                               |
| <b>Valoriser les actions qualité dans l'équipe</b>                          | Instaurer un "temps qualité" mensuel par unité ou équipe                   | Nombre de réunions qualité<br>Taux de participation |

#### 4- CONCLUSION

L'EHPAD s'inscrit pleinement dans la dynamique du CHRA en matière de qualité et de gestion des risques. Le diagnostic interne montre une culture sécurité globalement solide, mais encore perfectible sur certains leviers de pilotage, de participation des résidents et de formalisation documentaire.

Le plan d'action 2025–2030 vise à consolider cette culture, renforcer l'organisation et développer une gouvernance partagée. Il contribue également à répondre aux exigences du référentiel HAS en matière de sécurité, de respect des droits, de pilotage stratégique et d'implication des résidents.

## CONCLUSION

Le projet d'établissement 2025–2029 du Centre de Gériatrie La Coralline s'inscrit dans une volonté affirmée de continuité, d'amélioration continue et d'adaptation face aux enjeux du vieillissement, des évolutions sociétales et des transformations du secteur médico-social. Élaboré de manière participative, à partir d'un diagnostic rigoureux adossé au référentiel de l'HAS, ce projet constitue une feuille de route cohérente, réaliste et ambitieuse.

Au cœur de notre démarche : la bientraitance, le respect des droits, et la personnalisation de l'accompagnement, qui demeurent les fondements de notre engagement quotidien. Le renforcement de l'expression et de la participation des résidents, tout comme l'accompagnement de leur autonomie, guideront l'évolution de nos pratiques, dans un souci constant de respect, de dignité et de lien social.

La fluidité des parcours (notamment avec le Centre Hospitalier Royan Atlantique), l'ancrage territorial et la qualité de la coordination avec les partenaires (sanitaires, sociaux, familles, institutions) constitueront des leviers majeurs pour garantir la cohérence des prises en charge et la sécurité des transitions de vie. La gouvernance de l'établissement, appuyée par une équipe de direction et d'encadrement bien identifiée et des professionnels engagés, veillera à piloter ce projet avec transparence, responsabilité et implication des parties prenantes.

Fidèle à ses valeurs de service public, l'établissement entend affirmer sa responsabilité sociétale : favoriser l'accueil de résidents à l'aide sociale, réduire de son empreinte environnementale, développer une politique d'achats responsables, diversifier les parcours professionnels sur l'établissement. Enfin, l'établissement réaffirme son attachement à une culture qualité partagée : la gestion des risques, l'écoute des usagers (résidents, familles, mandataires) et l'évaluation des pratiques seront consolidées dans une dynamique d'amélioration continue.

Ce projet est vivant : il sera réévalué régulièrement, à l'aune des résultats obtenus, des réalités de terrain et des aspirations des personnes que nous accompagnons. Ensemble, professionnels, résidents, familles, partenaires et institutions, nous construisons un EHPAD plus humain, plus ouvert, plus responsable.



CENTRE HOSPITALIER  
ROYAN-ATLANTIQUE

05 46 39 52 52 | [www.ch-royan.fr](http://www.ch-royan.fr)

