Centre Intercommunal d'Action Sociale

Projet d'établissements

du Centre Intercommunal d'Action Sociale de la Communauté de Communes du Haut-Languedoc

MAISON DE RETRAITE ST VINCENT DE PAUL

et

RÉSIDENCE SPÉCIALISÉE ST VINCENT DE PAUL

✓ Avis favorable lors du **Conseil de la Vie Sociale** de la maison de retraite le 10/12/2025

✓ Avis favorable lors du **Conseil de la Vie Sociale** de la Résidence le 15/12/2025

✓ Avis favorable lors du **Comité Social Territorial** du 10 février 2026

✓ Approuvé lors du **Conseil d'Administration** du Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) de la Communauté de Communes du Haut Languedoc (CCHL) du 16 février 2026

Centre Intercommunal d'Action Sociale de la Communauté des Communes du Haut Languedoc -
1, place de la Mairie - 81230 LACAUNE – Tél : 05.63.37.05.67 - Fax : 05.32.00.60.11
accueil.cias@cchautlanguedoc.fr
Siret 200 096 584 00012

Centre Intercommunal d'Action Sociale

Projet d'Établissements 2026-2030

Préambule

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

Cet article se situe dans la section *« droits des usagers »* de la loi du 2 janvier 2002, dans laquelle figure l'ensemble des outils au service de ces droits : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, Conseil de Vie Sociale (CVS) ou autre forme de participation, charte des droits et libertés, recours à une personne qualifiée.

Le projet d'établissement est donc un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure.

Le projet est d'abord une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes. Produit et diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires. C'est un document évolutif, car suivi et révisé régulièrement.

De plus, le Décret n°2024-166 du 29 février 2024 apporte des précisions et des nouveautés essentielles, notamment :

- Encourage la coordination et la coopération avec d'autres acteurs, afin d'optimiser la prise en charge des usagers et d'améliorer l'efficacité globale des services.
- Impose une démarche proactive de la prévention et de la lutte contre la maltraitance.
- Exige que les modalités organisationnelles soient alignées sur le projet de l'organisme gestionnaire (pour nous le CIAS) tout en étant flexible pour s'adapter aux évolutions de l'établissement (cela inclut des ajustements en fonction des missions, du cadre juridique et des exigences des schémas régionaux).
- Met l'accent sur l'importance de définir des critères robustes d'évaluation de la qualité, permettant de mesurer l'efficacité des services et de soutenir une amélioration continue des pratiques et de la qualité des prestations.
- Exige que le projet d'établissement intègre des mesures spécifiques pour la dispensation des soins palliatifs.
- Souligne l'importance des objectifs d'anticipation, de développement, de prospective en lien avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le projet d'établissements du CIAS, comprenant à la fois l'Établissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dit maison de retraite Saint Vincent de Paul et la Résidence Spécialisée Saint Vincent de Paul, est construit dans un contexte particulier :

- Le CPOM a fait l'objet d'un avenant de prolongation avec les autorités de tarification et de contrôle (Agence Régionale de la Santé et Conseil Départemental) d'un an, repoussant le délai de la nouvelle négociation au 31 décembre 2026.
- La première évaluation suivant le nouveau référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) est programmée du 12 au 15 janvier 2026.

Méthodologie d'élaboration du Projet d'Établissements

Conformément aux préconisations de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale, la volonté a été de mettre en place une méthodologie basée sur une réflexion commune, pluridisciplinaire et une recherche de consensus.
Dans le cadre de sa démarche d'amélioration de la qualité, l'établissement a remis en place un groupe de pilotage de la qualité et de la gestion des risques en janvier 2025. En juin 2025, suite à un renouvellement de l'engagement de l'établissement vers le Label Humanitude, nous avons choisi de renommer ce groupe « Groupe de Pilotage Humanitude ». Composé de manière pluridisciplinaire, c'est l'instance qui a été choisie pour assurer le suivi de l'élaboration de ce projet d'établissements.

Composition du Groupe de Pilotage Humanitude :

· Directrice

· Directrice Adjointe / Adjointe administrative

· Infirmière Diplômée d'État Coordonnatrice (IDEC)

· Responsable Vie Sociale (animatrice)

· Psychologue

· Infirmier, aides-soignants (AS), agents de service hôtelier (ASH)

· Agent technique.

Le Groupe de Pilotage Humanitude a procédé au lancement de la démarche lors de sa séance du 28 août 2025. Il a validé le calendrier global et s'est assuré du bon déroulé des groupes de travail, dits « groupes action » faisant appel à d'autre professionnels, habitants, membres du CVS, familles, bénévoles, partenaires extérieurs, etc... Il a ensuite piloté la relecture et la validation du document avant présentation aux instances (voir Annexe 1).

Le choix des thèmes des groupes action s'est basé sur les prestations définies par le référentiel Humanitude :

- La prestation Administration

- La prestation Soin incluant la Verticalité
- La prestation Hôtellerie
- La prestation Restaurant
- La prestation Psycho-sociale.

Les groupes action, avec toujours en références les Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles du Médico-Social (RBPP) de la Haute Autorité de Santé (HAS), ont défini des projets décrits dans le projet d'établissements et inscrits dans le plan d'actions des établissements.
Le projet d'établissements fera l'objet d'une évaluation annuelle par le Groupe de Pilotage Humanitude et d'une actualisation en 2028.

Le Plan d'actions sera évalué également annuellement par le Groupe de Pilotage Humanitude ; les résultats seront communiqués aux instances notamment via la présentation du Rapport d'activité.

Organisation du document

Le présent projet d'établissements est organisé en plusieurs parties principales reprenant les principaux processus de l'établissement selon la cartographie présentée en annexe 2.

Cette cartographie sert de base au déploiement de la démarche qualité, qu'il s'agisse du suivi du Plan d'actions ou de la base documentaire qui est organisée selon ce classement. Dans le plan d'actions, pour chaque action identifiée, il en est toujours indiqué la source : auto-évaluations, évaluation interne-externe, audits d'activités, audit financier 2025, enquêtes de satisfaction 2024 et 2025, événements indésirables, plaintes et réclamations, groupe action du projet d'établissement (PE) ou le CPOM, RBPP, commissions gériatriques de 2025 (chutes et nutrition) …

En fin de partie, le document reprend les points forts, les points à surveiller et/ou améliorer, les objectifs assignés à chaque processus, les actions correctives validées. Ces actions sont celles qui figurent dans le plan d'actions d'amélioration de la qualité. Le calendrier prévisionnel de réalisation des actions ainsi que les indicateurs associés sont indiqués dans le Plan d'actions informatisé dans le logiciel Qualité. Ce plan d'actions fera l'objet d'un suivi par le Comité de Direction (CODIR) et le Groupe de Pilotage Humanitude tout au long de la réalisation du Projet d'Établissements 2026-2030.

Centre Intercommunal d'Action Sociale

Table des matières

Préambule 2
Méthodologie d'élaboration du Projet d'Établissements 3
Organisation du document 4
Table des matières 5
1. PRÉSENTATION DES ÉTABLISSEMENTS 9
1.1 Situation géographique 9
1.2 Coordonnées postales, téléphoniques, mail 9
1.3 Plan d'accès 10
1.4 Historique de la Maison de retraite et de la Résidence 10
1.5 Fiche d'identité des établissements du CIAS 11
1.6 Descriptif des locaux 12
Sécurité des bâtiments et installations 12
1.7 Caractérisation de la population accueillie à la maison de retraite 14
1.8 Caractérisation de la population accueillie à la Résidence 14
Origines et parcours variés 15
Définition et spécificités des personnes handicapées vieillissantes 15
Risques associés au vieillissement 15
1.9 Le parcours de l'habitant 15
La pré-admission 15
L'accueil de l'habitant le jour de son entrée 16
L'évaluation de l'habitant 16
La co-construction du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) 16
La sortie 17
Le retour au domicile 17
La réorientation entre le secteur ouvert et l'unité protégée ou inversement 17
Le transfert de la Résidence vers notre Maison de retraite 18
Le transfert vers un autre EHPAD / Foyer de Vie 18
La réorientation 18
Le décès 18
1.10 Les prestations services aux habitants 18
Prestations d'administration générale 18
Prestations de soin 18
Prestations d'accueil hôtelier 19
Prestation de restauration 19
Prestation psycho-sociale 19
2. ADMINISTRATION 20
2.1 La gouvernance 20
2.2 Responsabilité Sociétale des Organisations (RSO) : statut actuel 22
2.3 Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT) : boussole actuelle 23
2.4 Nos valeurs 24
2.5 Le Comité de Direction (CODIR) 25

2.6 Le projet social : la gestion des ressources humaines et l'organisation du travail 25
Les Organigrammes 26
Le processus de management des ressources humaines 28
Le recrutement.....28
Intégration - Type de contrats 28
L'adaptation à l'emploi tout au long de la carrière et le soutien aux agents.....28
Maintien dans l'emploi des agents : la gestion des inaptitudes aux postes de travail 29
Réorientations professionnelles.....29
Départ à la retraite 29
Les supports au management des ressources humaines.....29
Le dialogue social.....30
La formation et la professionnalisation.....30
Les entretiens professionnels 31
Le suivi médical 31
2.7 Les instances.....31
Conseil d'Administration du CIAS.....31
Conseil de la vie sociale (CVS) 32
Comité Social Territorial (CST) 32
CDG81 (Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Tarn).....32
L'Amicale des Résidents de l'EHPAD.....32
L'Amicale du Personnel 32
Le Comité des Œuvres Sociales (COS) - instance de la CCHL 33
Le Comité National d'Action Sociale (CNAS) 33
2.8 Les régies.....33
2.9 Démarche Qualité et gestion des risques 33
La bientraitance.....33
La maltraitance.....34
Le management de la qualité 34
Plan d'amélioration continue 34
Mise en place des pauses qualité hebdomadaires.....35
Gestion des risques.....35
Sécurité des professionnels 36
Organisation et contrôles.....36
Le suivi de la qualité 37
Évaluation.....37
2.10 Conclusion et objectifs 38
3. SOINS 45
3.1 Acteurs et outils du projet de soins.....45
3.1.1 Nos locaux dédiés aux soins dans la maison de retraite 45
Logement des habitants.....45
L'infirmerie 45
La salle multisensorielle.....45
3.1.2 L'équipe soignante de la maison de retraite 46
3.1.2 L'équipe soignante de la Résidence.....46
3.1.3 Les intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux.....46
3.1.4 Le circuit du médicament.....47

3.2 L'organisation des soins à la maison de retraite 47
3.3 L'organisation des soins à la Résidence 48
3.4 Les Axes de notre projet de soins, partagés avec la Résidence 49
3.4.1 La verticalité - La dignité en marche 49
La verticalité dans notre maison 49
- L'accompagnement est personnalisé 49
- Les aides techniques 50
- Nous valorisons chaque capacité 50
- Notre dimension relationnelle 50
3.4.2 La Capture Sensorielle 50
Le regard 50
Le regard dans notre maison 51
La parole 51
La parole dans notre maison 51
Le toucher 51
Le toucher dans notre maison 52
Le toucher dans les soins quotidiens 52
3.5 Les soins non médicamenteux partagés avec la Résidence 52
3.6 Les soins palliatifs à la maison de retraite 53
3.7 Culture de la prévention du suicide 54
3.8 Conclusion et objectifs 55
4. HOTELLERIE et BLANCHISSAGE 57
4.1 Accueil et cadre de vie à la maison de retraite 57
4.2 Accueil et cadre de vie à la Résidence 58
4.3 Entretien et hygiène 58
4.3.1 A la maison de retraite 59
4.3.2 A la Résidence spécialisée 59
4.3 Conclusion et objectifs 59
5. RESTAURATION 62
5.1 Organisation du service 62
5.2 Prestations complémentaires 62
5.3 Élaboration des menus et respect des normes nutritionnelles 62
5.4 Accompagnement des repas 63
5.5 Hygiène, sécurité alimentaire et traçabilité 64
5.6 Équipe 64
5.7 Communication et participation des habitants 64
5.8 Approvisionnements responsables et durables 64
5.9 Coopération interservices 65
5.10 Conclusion et objectifs 65
6. PSYCHOSOCIAL 68
6.1 Projet de vie sociale 68
6.2 PAP 69
6.3 Projet de prévention et de gestion de Crise d'Agitation Pathologique (CAP) 69
6.4 Projet d'ouverture vers l'extérieur 70
6.5 Conclusion et objectifs 72
7. Spécificités du Projet du JARDIN DE MADOU 75

7.1 Un cadre de vie pensé pour la sécurité et l'épanouissement 75
7.2 Accompagnement basé sur l'autonomie et la dignité 75
7.3 Techniques non pharmacologiques et prévention des crises 76
7.4 Conclusion et objectifs 76
8. Spécificités du Projet de la RÉSIDENCE 79
8.1 Les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap vieillissantes.....79
8.1.1 Anticiper et humaniser les transitions de vie 79
8.1.2 Un accompagnement sur mesure 79
8.2 Projet d'accompagnement 80
8.2.1 Valeurs et principes : la personne au centre, une approche Humanitude au service des parcours de vie 80
8.2.2 Accompagnement au quotidien : autonomie, prévention et continuité des parcours .80
8.3 Projet social : une équipe engagée.....81
8.4 Conclusion et objectifs 81
Annexes 83
Annexe 1 : Calendrier de l'écriture du Projet d'Établissements du CIAS (diagramme de Gantt) 84
Annexe 2 : Cartographie des processus 85
Annexe 3 : Plans 86
Annexe 4 : Liste des partenaires actuels.....89
Annexe 5 : "Qu'est que le CVS diffusé aux habitants, familles et tuteurs ? " mars 2025.....90
Annexe 6 : Plan de prévention des risques de maltraitance.....94
Liste des abréviations 95

1. PRÉSENTATION DES ÉTABLISSEMENTS

1.1 Situation géographique

La maison de retraite et la Résidence Saint-Vincent de Paul sont idéalement situés au centre du village de Lacaune (2500 habitants environ), l'église est à 100m, la mairie, la poste, les commerces, les banques sont à 300m au plus.
A côté se trouve également le pôle culturel composé de l'office de tourisme, d'une ludothèque, d'une médiathèque et d'une salle de spectacle.
Ils bénéficient d'un environnement calme, à l'écart des grandes voies de circulation et possèdent une cour ombragée et un parc équipé de chemins de déambulation accessibles en fauteuil roulant. Ils bénéficient aussi d'un parcours de santé extérieur et adapté qui répond aux recommandations en termes de promotion de la santé par l'activité physique.
La maison de retraite domine le collège et ses terrains de sport ce qui permet aux habitants d'assister aux allées et venues des élèves et à leurs cours d'activités physiques.
Les deux établissements ont des entrées différentes mais communiquent directement par le 3ème étage. Ils entourent la crèche municipale favorisant ainsi de nombreux échanges, l'accueil de jour itinérant Alzheimer, et une chapelle indépendante.

La Résidence est située au cœur de la maison de santé pluridisciplinaire et à côté du centre médico-psychologique (CMP). La proximité avec ces différents établissements et services est largement en faveur d'un accompagnement pluridisciplinaire mais aussi elle favorise le lien social et intergénérationnel, ainsi que la vie citoyenne en répondant aux besoins des habitants.

1.2 Coordonnées postales, téléphoniques, mail

Pour la maison de retraite Saint Vincent de Paul :

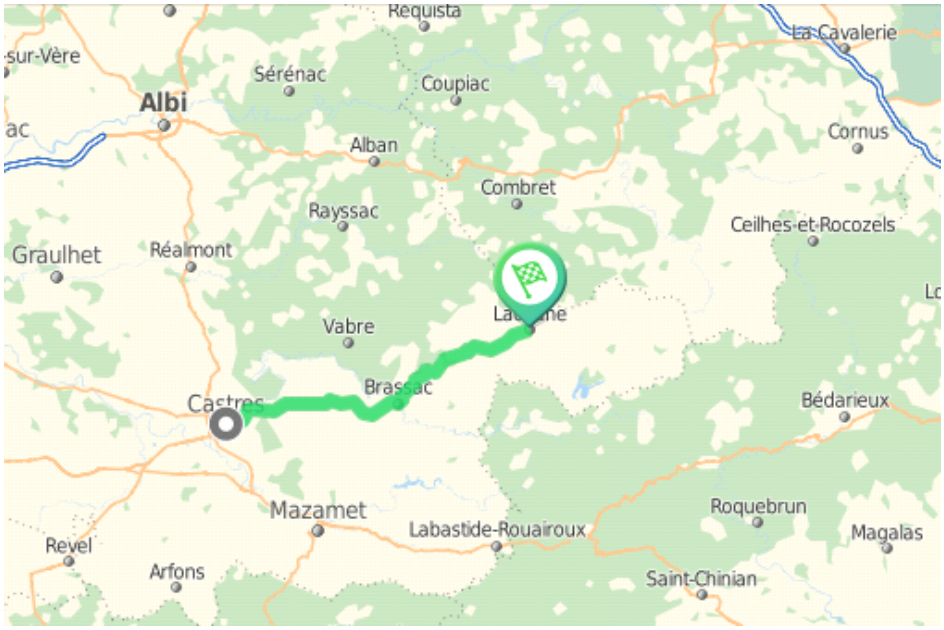
Adresse Postale : EHPAD Saint Vincent de Paul, 9 rue de la Balme, 81230 Lacaune
Téléphone : 05.63.37.05.67
Mail : accueil.cias@cchautlanguedoc.fr

Pour la Résidence Spécialisée Saint Vincent de Paul :

Adresse Postale : Résidence Spécialisée Saint Vincent de Paul, 20 rue de la liberté, 81230 Lacaune
Téléphone : 05.63.71.08.56 ou 05.63.37.05.67
Mail : residence.cias@cchautlanguedoc.fr

1.3 Plan d'accès

Lacaune est située à 68 km d'Albi et 46 km de Castres où se trouve le Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet (CHIC).



1.4 Historique de la Maison de retraite et de la Résidence

La maison de retraite occupait les locaux d'un ancien bâtiment appartenant à une congrégation religieuse. Ces bâtiments ont également abrité une maternité, une maison pour enfants à caractère sanitaire, et une maison de repos.

Dans les années 80, une étude pour mise en conformité a été réalisée, et a révélé de nombreuses non-conformités dont la levée représentait un coût beaucoup trop élevé et une mise en œuvre beaucoup trop difficile au niveau technique : des pièces non adaptées du fait de la partie ancienne avec différence de niveaux avec la partie nouvelle, une cuisine impossible à aménager ou à mettre aux normes, ...

La décision a été prise d'étudier la possibilité de réaliser une nouvelle construction en centre-ville pour maintenir la proximité des nombreux services dont pouvaient bénéficier les personnes âgées du fait de cette localisation.

La reconstruction a donc débuté en 1990, près de l'ancienne maison de retraite, au cœur du village mais au calme, permettant les échanges intergénérationnels avec la crèche et le collège. La construction s'est achevée en 1993, en conservant le troisième étage de l'ancien bâtiment au-dessus de la crèche, faisant jonction avec les nouveaux locaux. La nouvelle structure a été validée avec les 66 lits mais seulement 65 autorisés dont deux d'accueil temporaire.

En 2010, au vu de l'évolution des pathologies et besoins du public accueilli, un diagnostic a abouti à la construction de l'unité sécurisée pour des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies

apparentées appelée « Le jardin de Madou ». Elle peut accueillir 12 personnes. Les 12 lits sont inclus dans les 65 lits autorisés.

En avril 2015, la résidence spécialisée pour personnes en situation de handicap vieillissant a ouvert ses portes. Cette ouverture fait suite à un appel à projet coconstruit avec l'EHPAD de Brassac pour couvrir des besoins du territoire et offrir deux types d'accueil, l'un à la campagne réalisé par la Résidence Nancy-Bez à Biot, et l'autre à la ville ; c'est notre Résidence Spécialisée St Vincent de Paul. La résidence accueille aujourd'hui 15 habitants permanents et 1 hébergement temporaire.

1.5 Fiche d'identité des établissements du CIAS

Identités		
Raison Sociale	**Maison de retraite Saint-Vincent de Paul**	**Résidence Spécialisée Saint-Vincent de Paul**
Type Établissement Social et Médico-Social (ESMS)	EHPAD	Foyer de vie
Statut	Public Territorial	Public Territorial
Organisme gestionnaire	Centre Intercommunal d'Action Sociale	Centre Intercommunal d'Action Sociale
FINESS juridique de l'organisme gestionnaire	810012971	810012971
FINESS géographique établissement	810000414	810010447
Code APE	8710A	8720A
Commune/Département	Lacaune, Tarn	Lacaune, Tarn
Option tarifaire pour le soin	Partiel	Sans objet
Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)	Non	Non
Habilitation à l'aide sociale	100 %	100%
Capacités d'accueil		
Hébergement permanent	63 autorisées, 64 installées *Dont 12 en Unité protégée*	15
Accueil temporaire	2	1
Indicateurs dépendance/soins		
PMP	259	Sans objet
Date de validation	07/05/2025	Sans objet
GMP	675	Sans objet
Date de validation	07/05/2025	Sans objet
Date de la dernière autorisation :	**04/01/2017**	**01/04/2025**

1.6 Descriptif des locaux

La Maison de retraite occupe une superficie de 4474 m², répartis sur 5 niveaux (plans en annexe 3) :

- Sous-sol : locaux techniques, lingerie, vestiaires, chambre mortuaire, réserve.
- Rez-de-chaussée : Accueil, bureaux administratifs, local Système de Sécurité Incendie (SSI), bureau médical, infirmerie, cuisine, salle à manger, salons, chambres, unité protégée.
- 1er étage : chambres, petit salon et terrasse, bureaux.
- 2ème étage : chambres, petits salons avec bibliothèques et terrasses attenantes, salle d'animation, bibliothèque, salle multisensorielle.
- 3ème étage : chambres et accès à la résidence spécialisée Saint Vincent de Paul.

La résidence jouxte la maison de retraite et est répartie sur trois niveaux (442 m² + 172 m² au 3ème étage) :

- Rez-de-chaussée : salle à manger avec sa cuisine thérapeutique, salle à manger pour les invités, sanitaires et bureau.
- 1er étage : salon TV qui est aussi la salle d'animation, buanderie, bureau, chambres, vestiaire utilisé comme lieu de stockage, rangement pour le chariot de ménage.
- Niveau 0 : ce niveau jouxte le 3ème étage de la maison de retraite, chambres, véranda et petit salon.

La petite taille de la Résidence répond bien aux besoins des personnes en situation de handicap, et sa localisation en centre-ville favorise leur vie citoyenne.

Sécurité des bâtiments et installations

La maison de retraite Saint-Vincent de Paul et la Résidence spécialisée sont des Établissement Recevant du Public (ERP) de type J en 4e catégorie, accueillant des personnes âgées dépendantes, respectivement des personnes handicapées vieillissantes.
En tant que lieu de vie pour des personnes vulnérables, les bâtiments sont soumis à une réglementation stricte dans plusieurs domaines techniques et sanitaires.
De plus les bâtiments **sont dans un périmètre préservé des Bâtiments de France.**

Réglementations applicables et domaines concernés :

- ***Sécurité incendie*** : vérification des équipements de détection et d'extinction, exercices d'évacuation, formation du personnel.
- ***Électricité (DARDE)*** : contrôles périodiques des installations électriques par un organisme agréé.
- ***Ascenseurs :*** maintenance réglementaire et vérification semestrielle.
- ***Portes et portails automatiques*** : contrôles de sécurité et conformité.

- ***Appareils à gaz*** : entretien des chaudières, chauffe-eau et équipements de cuisson.
- ***Hygiène de l'eau (Carnet sanitaire)*** : suivi des températures, analyses microbiologiques, prévention de la légionellose.
- ***Co-activité*** : coordination des interventions extérieures pour éviter les interférences dangereuses.
- ***Amiante (DTA) :*** mise à jour du Dossier Technique Amiante et suivi des zones concernées.
- ***Hygiène de l'air*** : entretien des systèmes de ventilation et de climatisation.
- ***Gestion des déchets*** : tri, stockage sécurisé, évacuation conforme aux normes.
- ***Hygiène en restauration collective (PMS & HACCP)*** : plan de maîtrise sanitaire, traçabilité, contrôles internes.
- ***Dispositifs médicaux*** : vérification de la conformité et de l'entretien des équipements.
- ***Iatrogénie médicamenteuse*** : protocoles de sécurisation de l'administration des traitements.
- ***Démarche d'Analyse et de Maîtrise du Risque Infectieux (DAMRI)*** : procédures d'hygiène, gestion des épidémies, formation du personnel.
- ***Accessibilité*** : diagnostic et travaux d'adaptation pour les personnes à mobilité réduite.
- ***Intrusion / attentats*** : fiche sécurité, sensibilisation du personnel, dispositifs de protection.

1.7 Caractérisation de la population accueillie à la maison de retraite

Nombre de personnes accueillies au sein de la Maison de retraite : 63 en hébergement permanent, et 2 en accueil temporaire.

		2025	2024	2023
Nombre d'habitants	**Femmes**	42 dont 9 en unité protégée	42 dont 9 en unité protégée	44 dont 11 en unité protégée
	Hommes	24 dont 3 en unité protégée	22 dont 2 en unité protégée	19 dont 1 en unité protégée
Age moyen	**Femmes**	89 ans	89 ans	90 ans
	Hommes	84 ans	84 ans	85 ans
Nombre par tranche d'âge	**< 60 ans**	0	0	0
	61 à 70 ans	2	2	0
	71 à 80 ans	11	10	14
	81 à 90 ans	37	32	25
	91 à 100 ans	16	17	22
	> 100 ans	0	3	2

Origine des entrants, majoritairement du domicile autour de Lacaune voire d'autres ESMS du secteur.

1.8 Caractérisation de la population accueillie à la Résidence

Nombre de personnes accueillies au sein de la résidence : 15 en hébergement permanent, et 1 en accueil temporaire.

		2025	2024	2023
Nombre d'habitants	Hommes	8	9	9
	Femmes	8	6	6
Age moyen		60 ans	62 ans	62 ans
Nombre par tranche d'âge	< 60 ans	9	7	8
	61 à 70 ans	5	7	6
	71 à 75 ans	2	2	1

Origine des entrants : majoritairement des foyers de vie, mais aussi des foyers d'hébergement, des services psychiatriques et du domicile.

Origines et parcours variés

Provenance : Les entrants viennent principalement de :

- Foyers de vie (majoritairement)
- Foyers d'hébergement (notamment ceux liés aux ESAT)
- Services psychiatriques (après des hospitalisations parfois longues)
- Domicile familial (avec ou sans parents).

Diversité des parcours :

- Certains ont vécu en institution depuis l'enfance.
- D'autres ont connu des hospitalisations psychiatriques prolongées.
- D'autres encore arrivent après un accident de la vie, avec des troubles ou déficits consécutifs.

Définition et spécificités des personnes handicapées vieillissantes

Définition : Une personne dont le handicap (quelle qu'en soit la cause) précède le vieillissement.

Hétérogénéité :

- Le vieillissement se manifeste différemment selon le type de handicap, l'environnement et le parcours de vie.
- Il n'existe pas de groupe homogène : les signes cliniques et l'âge d'apparition varient.

Risques associés au vieillissement

Risques majeurs :

- Aggravation du handicap ou sur-handicap.
- Altération de l'état général et perte d'autonomie.
- Isolement social et repli sur soi.

Mission de l'organisation :

- Prévenir ces risques en préservant les capacités et en compensant les incapacités.
- Maintenir la qualité de vie malgré les troubles liés au vieillissement.

1.9 Le parcours de l'habitant

La pré-admission

La pré-admission est un moment important pour le bon déroulement du futur séjour. Elle permet de recueillir les informations importantes pour un accompagnement pertinent et de qualité. Elle permet également aux futurs habitants de préparer leur entrée en douceur.

Les étapes importantes de la préadmission sont les suivantes :

- Visite de l'établissement par l'habitant
- Pré-visite de l'IDEC et/ou de la psychologue chez l'habitant
- Inscription sur via trajectoire
- Décision d'admission par le CODIR.

L'accueil de l'habitant le jour de son entrée

L'accueil de l'habitant le jour de son entrée est un moment privilégié, préparé avec soin par les membres de l'équipe pluridisciplinaire afin de faciliter son intégration. Les phases de cet accueil sont décrites dans la procédure d'admission.

Pour son accueil, différents documents lui sont remis :

- Livret d'accueil
- Règlement de fonctionnement
- Contrat de séjour (signé en double exemplaire)
- Charte de vie et de travail en Humanitude
- Trousseau hommes/femmes
- Tarifs.

Un état des lieux est réalisé.

Une caution est versée.

L'évaluation de l'habitant

Dans la semaine qui suit son entrée, l'équipe pluridisciplinaire évalue les capacités des habitants dans tous les actes de la vie quotidienne. L'évaluation des capacités est basée sur la communication, une observation de l'habitant, l'aide d'un recueil de données ou encore la toilette évaluative.

Cette évaluation va nous permettre d'adapter l'accompagnement et de répondre à un de ses objectifs : le maintien de l'autonomie tout en garantissant le bien être.

Des réunions quotidiennes et une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire permettent de faire remonter les résultats de cette évaluation et d'adapter le plan de soins et d'accompagnement en fonction des besoins des habitants.

La co-construction du projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

Dans le mois qui suit son admission, un référent est nommé pour l'habitant. Il est chargé de recueillir les informations nécessaires à la personnalisation de l'accompagnement auprès de l'habitant, de sa famille, de ses proches, en partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire.

A partir de ces informations, le projet personnalisé est établi en réflexion pluridisciplinaire dédiée ; les informations sont recueillies auprès de :

- ❖ L'habitant ; le Référent de l'habitant recueille les informations nécessaires à l'élaboration du PAP et suit le projet,
- ❖ Médecin coordonnateur,

- ❖ Représentant des différents services de l'établissement : restauration, entretien du logement, soin, lingerie, animation, administration.
- ❖ Psychologue (pilote des projets), qui établit le projet en termes d'objectifs et actions pour garantir un accompagnement de qualité,
- ❖ La famille, si l'habitant est d'accord.

Le PAP comprend :

- ❖ Le projet de vie en termes de recherche de bien-être et qualité de vie, lien social dans tous les domaines de la vie en établissement (entretien du logement, lingerie, restauration, animation et vie sociale, service administratif),
- ❖ L'élaboration et la revue régulière du plan de soin,
- ❖ La recherche des autonomies.

Le PAP ainsi établi en termes d'objectifs, actions, pilote et échéancier, est proposé à l'habitant et/ou son tuteur/curateur et partagé avec l'accord de l'habitant à sa famille, et signé par la directrice.
Il constitue un avenant au contrat de séjour.
Il est réévalué dès qu'il y a une modification de l'état de santé ou du niveau de dépendance de l'habitant, si l'habitant nous fait part de souhaits particuliers, et à périodicité établie (un an secteur ouvert, tous les 6 mois au Jardin de Madou, ou sur événement de santé).

La sortie

Plusieurs modes de sortie peuvent être envisagés et doivent être préparés avec les habitants et leurs familles :

- Retour au domicile
- Transfert de la Résidence vers la Maison de retraite
- Transfert de la Maison de retraite vers Le jardin de Madou
- Transfert du Jardin de Madou vers la Maison de retraite
- Transfert vers un autre EHPAD / Foyer de Vie
- Réorientation vers une structure plus adaptée : UHR, ou USLD
- Décès.

Le retour au domicile

Dans le cas où l'habitant souhaite réintégrer son domicile, un travail est effectué avec les professionnels en aval : médecin généraliste, services d'aide et de soins à domicile, professionnels libéraux pour l'aménagement du domicile ainsi qu'avec la famille.

La réorientation entre le secteur ouvert et l'unité protégée ou inversement

Un travail de préparation de la famille est effectué par l'équipe de coordination et un entretien précède toujours le transfert.

Le transfert de la Résidence vers notre Maison de retraite

Quand l'état de dépendance de l'habitant de la Résidence spécialisée s'aggrave ou quand sa charge en soins devient trop compliquée, ou à sa demande, l'habitant a la possibilité d'être orienté vers la Maison de Retraite. Un séjour temporaire peut être organisé pour lui permettre de se familiariser avec le nouvel établissement et ainsi le rassurer car le déménagement peut être source de stress.

Le transfert vers un autre EHPAD / Foyer de Vie

Si l'habitant et/ou la famille en fait la demande, nous l'accompagnons dans ce projet de vie.

La réorientation

Dans le cas où nous atteignons nos limites en termes d'accompagnement et de prise en soins, une démarche de réorientation est engagée, en lien avec le médecin coordonnateur à la maison de retraite, le médecin généraliste, la famille (ou le représentant légal), les services hospitaliers et/ou médico-sociaux du territoire le cas échéant.

Le décès

Les consignes en cas de décès sont recueillies (dans la mesure où l'habitant le souhaite) et respectées.

1.10 Les prestations services aux habitants

Conformément à la réglementation, nous offrons un socle de prestations, couvert par le prix de journée.
Ce socle comprend les prestations suivantes, regroupées en 5 catégories :

Prestations d'administration générale

- Gestion administrative de l'ensemble du séjour :
- Toutes les démarches liées aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée.
- Tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.
- Élaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants
- Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

Prestations de soin

Les prestations de soin diffèrent entre la maison de retraite et la Résidence, la première étant un établissement médicalisé.

Prestations d'accueil hôtelier

- Mise à disposition du logement (chambre individuelle ou double) et des locaux collectifs
- Accès à une salle de bain comprenant un lavabo, une douche et des toilettes
- Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans le logement et le reste de l'établissement
- Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti des établissements
- Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour
- Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs
- Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts
- Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision
- Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie des établissements
- L'entretien du linge
- Le linge personnel des résidents est entretenu en interne.

Prestation de restauration

- Accès à un service de restauration
- Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

Prestation psycho-sociale

- Accès aux animations collectives et activités organisées dans l'enceinte des établissements
- Organisation des activités extérieures à visée du maintien d'un tissu social riche (intergénérationnel, de même génération ou du milieu du handicap).

L'ensemble de ces prestations sont assurées dans un cadre défini de vie en collectivité, respectant les droits et obligations de chacun. Ces éléments sont décrits dans le règlement de fonctionnement remis aux résidents et/ou leur famille, le jour de l'entrée.

2. ADMINISTRATION

2.1 La gouvernance

La gouvernance est réalisée par le Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) de la Communauté de Communes du Haut Languedoc (CCHL), anciennement Communauté de Communes des Monts de Lacaune et la Montagne du Haut-Languedoc (CCMLHL).
Le CIAS a été constitué pour gérer la maison de retraite et la Résidence Spécialisée à partir de janvier 2022.
Pour rappel, le CIAS a pour objet :

- La gestion de l'Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dit maison de retraite Saint Vincent de Paul
- La gestion de la Résidence Spécialisée Saint-Vincent de Paul, Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV)
- La mise en place d'actions en direction des personnes âgées vivant au domicile sur le territoire de la CCHL.

La réalisation de la nouvelle évaluation de la dépendance (GMP) et des besoins en soins (PMP) a été réalisée en mai 2025. Les valeurs sont respectivement 675 (en baisse) et 259 (stable)[1]. Toutefois les nouveaux arrivants à la maison de retraite présentent de plus en plus d'altérations cognitives avancées, avec troubles du comportement, et leurs familles sont de plus en plus exténuées, et ont recours à la maison de retraite en urgence. La prévention grâce à l'application des principes proposés par l'Humanitude n'est pas valorisée dans ces chiffres (car la prévention engendre peu de pansements complexes par exemple) mais ces situations complexes existent bel et bien et sont à prendre en compte pour que la maison de retraite St Vincent de Paul puisse contribuer à apporter « *une réponse accompagnée pour tous* » (RAPT)[2], correspondant au service public du territoire, que la CCHL a promu lors de la création du CIAS. En ce qui concerne la Résidence Spécialisée, les intentions sont aussi de garantir une continuité de parcours aux personnes handicapées vieillissantes que nous accueillons.

En réponse aux besoins du territoire, le CIAS a l'intention stratégique de transformer la maison de retraite pour que plus de personnes âgées atteintes de troubles sévères aient un accueil de qualité au sein de la maison. Dans le même temps, le CIAS a l'intention stratégique de concourir à la continuité de parcours des personnes handicapées vieillissantes de la Résidence Spécialisée dans leur accueil, puis leur vie à la Résidence, et leur éventuel passage à la maison de retraite, ou dans un autre établissement suivant leur souhait. La vision est donc de pérenniser et développer les services internes (services existants : secteur

[1] En 2019, les valeurs étaient : 729 et 258.

[2] https://www.ars.sante.fr/handicap-une-reponse-accompagnee-pour-tous C'est la réponse au « *zéro sans solution* » dans le monde du handicap, que le CIAS propose aussi de transposer aux personnes âgées en perte d'autonomie et leurs familles.

ouvert, secteur fermé de 12 lits, accueil de personnes en situation de handicap, accueil permanent et accueil temporaire). Mais l'intention stratégique du CIAS ne se limite pas aux services internes. En effet, le CIAS propose d'ores et déjà le portage de repas, un "Jour différent" ; aussi le CIAS dans la même veine, veut accomplir une transformation pour offrir plus de services qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Les priorités du CIAS restent, bien entendu, pour l'ensemble de ses services : la qualité de l'accompagnement ; la satisfaction des personnes âgées du territoire de la CCHL et de leurs proches, la continuité de parcours pour chacun.

Le CIAS, ouvert aux adaptations diverses et mesurées, entretient avec les autorités de tarification et de contrôle (ATC) des relations régulières et de confiance, lui permettant de répondre aux 6 engagements du Schéma Territorial de Santé[3]. La thématique de la prévention, développée dans le chapitre "projet de soins" est en en droite ligne avec l'engagement n° 1. Le développement de partenariats[4], médicaux et autres, réévalués régulièrement et élargis, contribue à renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée (engagements n°2 et n°3). Le développement de l'usage d'outils numériques permet de renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en soins (engagements n°2 et n°4). La qualité, la sécurité sont au cœur des préoccupations du CIAS : bientraitance, éthique sont des leitmotivs qui n'ont de cesse d'être répétés et pour lesquels le label Humanitude vers lequel l'établissement est activement impliqué, donne des outils concrets (engagement n°5). Enfin, avec divers partenariats (les Hautes Terres d'OC, le Collège, les écoles d'infirmiers de Castres et d'Albi, ...) et au travers du déploiement d'une démarche de Responsabilité Sociétale des Organisations (RSO)[5], le CIAS encourage les actions contribuant à la promotion de l'attractivité des métiers (engagement n°6). Cette dernière démarche en incluant le « prendre soin » de son personnel de manière forte va rendre possible les transformations que recherche le CIAS au bénéfice des personnes âgées dépendantes et de leur famille. En outre, la démarche RSO va aussi répondre à la méconnaissance des personnes accueillies de leurs droits dans une démarche citoyenne ; contribuer au choix de nos fournisseurs (privilégier le local) ; développer nos partenaires ; favoriser la décarbonation, tout en garantissant une gestion financière saine ; etc. Ces choix vont donc permettre de favoriser le recrutement de personnes compétentes, de gagner en performance (qualité et coûts). Cela va contribuer aussi à obtenir des appels à projets qui permettront d'expérimenter des nouveaux services. D'une certaine manière, cela doit contribuer à distinguer, pérenniser les deux établissements et ainsi permettre d'offrir une réponse accompagnée à toute personne âgée du territoire de la CCHL.

[3] ARS Occitanie, *Projet Régional de Santé* 2023-2028, révisé en novembre 2024. Les 6 engagements sont :

1. Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie
2. Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé
3. Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires
4. Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge
5. Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
6. Soutenir l'attractivité des métiers de la santé.

[4] Voir liste des partenaires actuels annexe 4

[5] Voir le diagramme RSO avec la situation actuelle au chapitre suivant, ainsi que la boussole Qualité de Vie et Conditions de Travail

2.2 Responsabilité Sociétale des Organisations (RSO) : statut actuel

RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) initialisée
avec DPO (Délégué à la Protection des Données) nommé
Intervention Équipe Mobile d'Hygiène (EMH) trimestrielle
Intervention laboratoire mensuelle en cuisine
Affichage obligatoire respecté
Informations personne qualifiée

Participation à l'attractivité des métiers
Achats alimentaires
Achats pharmacie



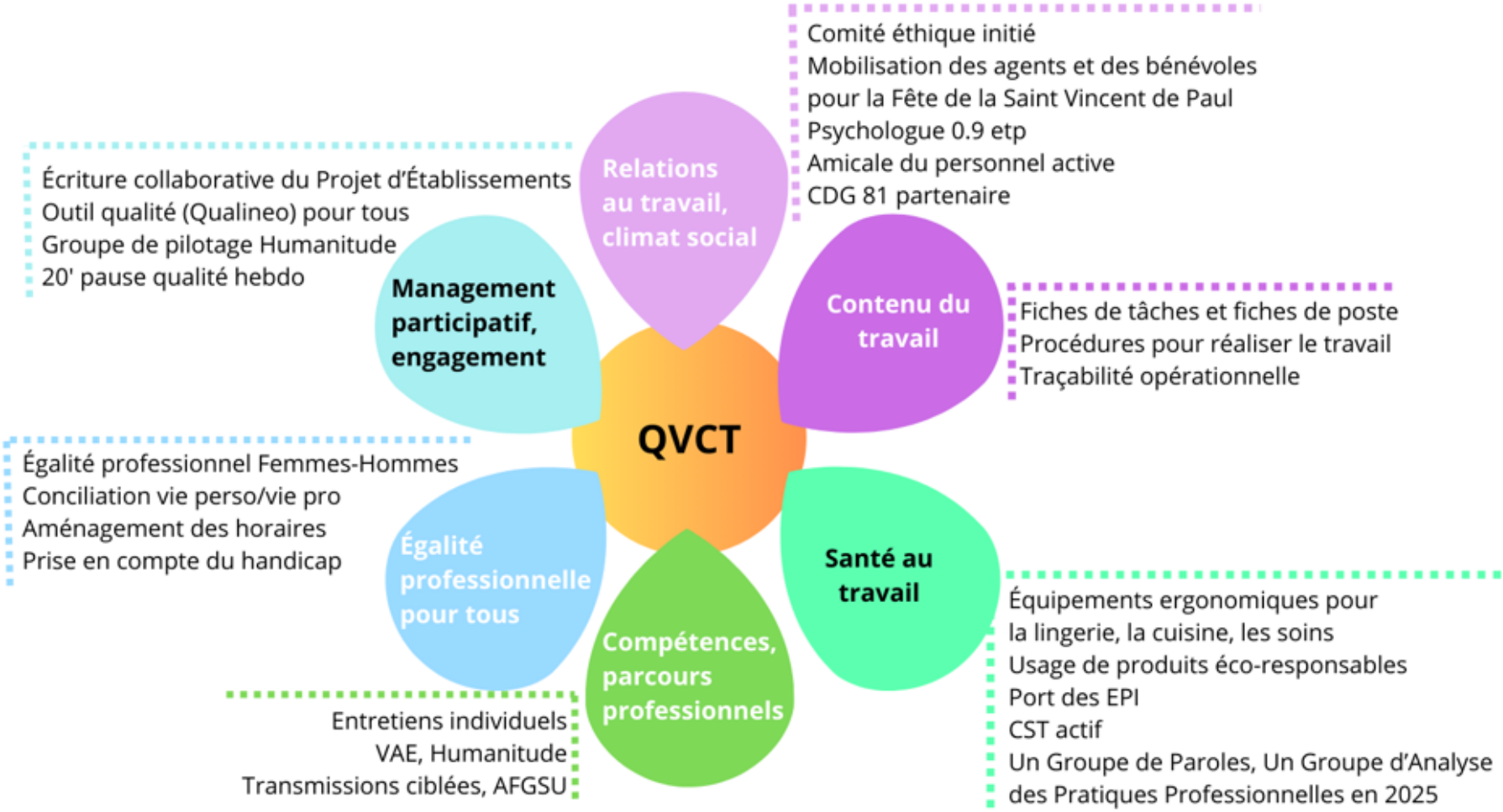
Mixité culturelle parmi les professionnels
Animation charte des droits et libertés pour les habitants
Affichage obligatoire
Emploi ESAT

Convention avec Agap'pro
Membre du Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale (GCSMS) des EHPAD publics territoriaux du Tarn
(actions sur fournisseurs audit évaluation, protections, ESMS numérique en santé, CNFPT)

voir "la boussole Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT)"

Tri des déchêts
Robinetterie automatiques
Ampoules à faible consommation
Lumières automatiques dans les communs
Lessive maison à la Résidence
Produits d'entretien éco-responsables

2.3 Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT) : boussole actuelle



2.4 Nos valeurs

L'équipe a travaillé en mars, avril, puis octobre 2025 sur les valeurs de nos établissements. Il en ressort que l'entraide, l'ouverture sur le territoire, l'esprit familial et l'inclusion sont les valeurs qui nous représentent et que nous revendiquons. On y a associé également la bienveillance, l'empathie, le respect et l'autonomie, sur un socle solide (le tronc) que constitue l'Humanitude et sur lequel nous nous appuyons depuis 2021. Le résultat se trouve illustré par l'arbre de nos valeurs que nous vous partageons ci-dessous.



2.5 Le Comité de Direction (CODIR)

Le CODIR constitué de la directrice, la directrice adjointe, la psychologue, l'infirmière coordinatrice, la coordinatrice de la Résidence se réunissent une fois par semaine pour traiter des thématiques suivantes :

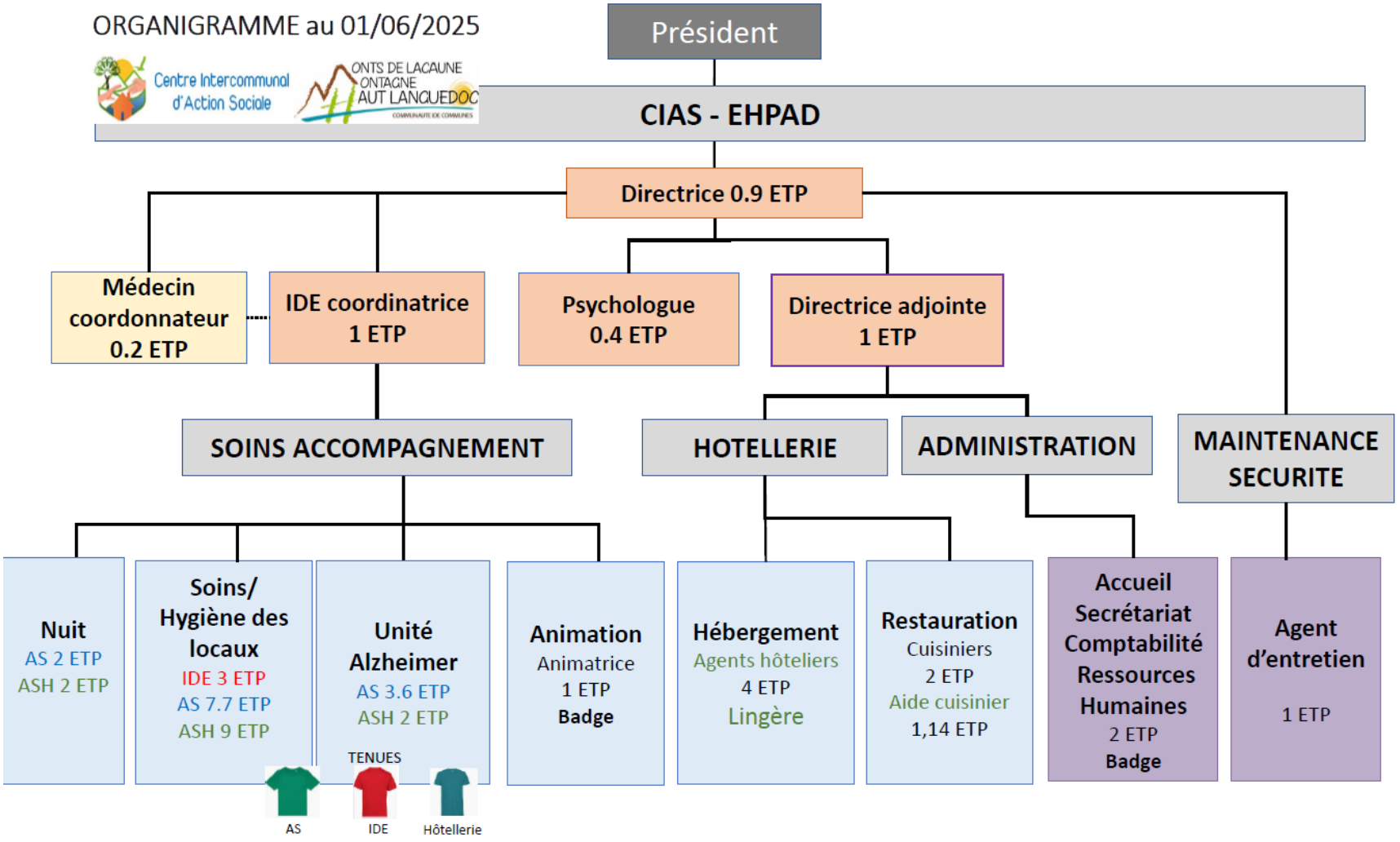
- Les événements du week-end traités par l'astreinte,
- Les plaintes et réclamations,
- Les Événements indésirables (EI),
- Les admissions,
- Les contrats,
- Le plan de formation,
- Les enquêtes de satisfactions, la qualité,
- Les prochaines dates importantes.

2.6 Le projet social : la gestion des ressources humaines et l'organisation du travail

Le projet social porte les valeurs du CIAS en matière de management et de gestion des ressources humaines. Le projet social accompagne les objectifs stratégiques définis dans le projet d'établissements, tout en garantissant la qualité de vie et des conditions de travail et la prévention des risques professionnels.
Il recherche donc une optimisation des conditions de travail, une utilisation optimale des ressources humaines dans le respect de la réglementation sur le temps de travail. Il sert de socle au dialogue social. Il doit s'articuler avec d'autres dispositifs pour leur donner du sens et notamment avec la politique qualité de l'établissement.
Le projet social s'intègre au projet social de la Communauté des Communes du Haut Languedoc (CCHL). L'instance représentative du personnel, le Comité Social Territorial (CST), participe à son élaboration et à sa validation.
Par ailleurs, nous adhérons au Centre de Gestion du Tarn (CDG81) qui est un support important en matière de veille réglementaire, suivi de carrière, élaboration des actes et des contrats de travail, préparation de la retraite, suivi médical par le biais du service de médecine préventive.

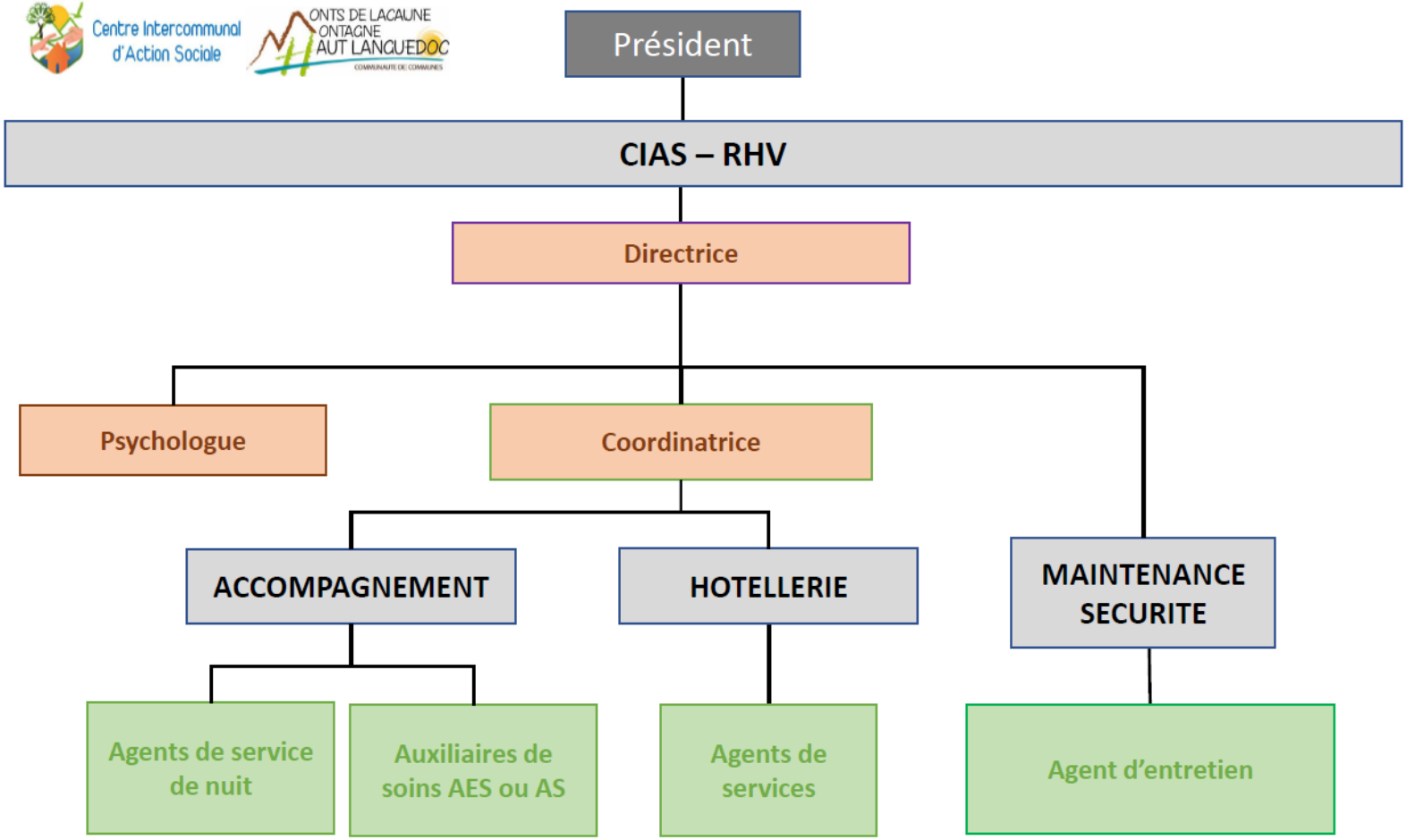
La conduite du projet social est évaluée périodiquement par le bilan social (annuel) et lors des réunions du CST.

Les Organigrammes



Centre Intercommunal d'Action Sociale

ORGANIGRAMME au 01/06/2025



RHV= Résidence Handicapés Vieillissants

Le processus de management des ressources humaines

Ce processus se décompose en plusieurs étapes :

- Le recrutement
- L'intégration
- L'adaptation à l'emploi tout au long de la carrière et le soutien aux agents
- La réorientation professionnelle, retraite.

Le recrutement

Les recrutements se font soit de façon directe sur candidature spontanée, soit en lien avec différents partenaires (écoles paramédicales, France Travail, mission locale, cap emploi, …). Les offres de poste sont systématiquement diffusées en interne.
Les profils de poste, ainsi que les compétences requises figurent dans les « fiches de poste ».
Un rapport d'étonnement et un bilan de fin de période d'essai sont systématiquement rédigés suivant une trame établie.
Un livret d'accueil de l'agent est remis à tout agent nouvellement recruté.
Nous rencontrons des difficultés de recrutement de personnel diplômé. Afin de dépasser cette difficulté, nous avons une politique de formation et de professionnalisation très développée.

Intégration - Type de contrats

L'intégration des agents à la fonction publique territoriale est soumise à la vacance de postes et aux résultats des agents contractuels évalués en entretien professionnel. L'intégration complète nécessite une période d'un an de stagiairisation réussie, incluant la période de formation obligatoire.
La création de postes, si nécessaire, est présentée au CST pour approbation et au CA pour délibération. Par exemple, le poste de qualiticien va être créé en 2026.
La réglementation en matière d'intégration dans la fonction publique territoriale nous oblige à maintenir des contrats à durée déterminée (CDD) pour certains grades : auxiliaires de soins, infirmiers ; en effet, les agents recrutés sur ces grades ne peuvent pas être intégrés sans avoir été reçus au concours de la fonction publique territoriale.
Nous avons aussi recours aux CDD pour des remplacements d'agents titulaires absents.
Des contrats à durée indéterminée (CDI) sont octroyés après 6 ans de travail dans nos établissements sans discontinuité, ou après candidatures motivées soumises en CST et délibérées par le CA.
Nous avons établi un partenariat avec l'ESAT de Braconnac pour un détachement en entreprise.

L'adaptation à l'emploi tout au long de la carrière et le soutien aux agents

Les fiches de tâches sont détaillées et actualisées autant de fois que nécessaire, articulées en fonction des profils et qualification des personnels. Elles sont disponibles pour tous dans un classeur, à l'infirmerie pour

la maison de retraite, et au bureau d'équipe pour la résidence. Elles sont également accessibles sous Qualineo[6] à tout moment.

Maintien dans l'emploi des agents : la gestion des inaptitudes aux postes de travail

Un axe fort de notre politique de management des ressources humaines est le maintien dans l'emploi des agents présentant des difficultés ou des restrictions médicales. Nous effectuons un suivi régulier des agents en lien avec le CDG81. Cette collaboration, le dialogue établi avec les agents, et notre écoute attentive, nous permettent d'adapter leur poste de travail et favorisent la poursuite d'une carrière harmonieuse. Ainsi, nous aménageons les postes des agents qui le nécessitent, afin de leur confier les tâches, les fonctions, les missions qui conviennent à leurs aptitudes et aspirations, et de leur apporter un support afin qu'ils puissent être maintenus à leur poste de travail (aides techniques et humaines, temps partiels thérapeutiques, suivi psychologique, …).

Enfin, les agents qui ont des difficultés à rester dans leur poste en raison d'une usure psychologique, peuvent, s'ils le souhaitent et si leur profil correspond aux besoins des établissements, demander de travailler dans les différents services et établissements auprès de publics différents (personnes âgées dépendantes, personnes présentant une maladie neuro-dégénérative, personnes handicapées vieillissantes).

Nous proposons également, dans le cadre de la prévention des Risques Psycho-Sociaux (RPS), l'organisation de groupes d'analyse de pratiques et de groupes de parole avec des intervenants extérieurs. Nous affichons des numéros de téléphone pour des soutiens individuels dans la salle du personnel (psychologue du CDG, 3114 entre autres).

Réorientations professionnelles

Certains agents ne peuvent pas être maintenus dans leur poste ou ne le souhaitent pas. Dans ce cas, en lien avec le CDG81, nous utilisons les outils existants en matière de bilan des compétences, démarche de reclassement, mobilité professionnelle. Un accompagnement des agents est alors mis en place avec les services du CDG81 afin de garantir une transition professionnelle dans les meilleures conditions possibles.

Départ à la retraite

Pour les agents fonctionnaires, le service RH est en relation avec le service « retraite » du CDG81. Les agents doivent nous faire parvenir leur demande de retraite par courrier au moins 6 mois avant la date de départ souhaitée. Leur dossier retraite est alors ouvert, ils peuvent bénéficier d'un entretien avec le service « retraite ». Le service RH alimente leur dossier retraite Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) sur la plateforme PEP's et informe les agents de l'avancée de leur dossier. Quand la CNRACL édite le décompte définitif, le service RH prend l'arrêté de radiation des cadres pour retraite.

Pour les agents contractuels, la demande de retraite se fait directement par les agents.

Les supports au management des ressources humaines

Les supports au processus de management des ressources humaines sont les suivants :

- Le dialogue social
- La formation et la professionnalisation
- Les entretiens professionnels

[6] Qualineo est le logiciel qualité mis en place sur l'année 2025 dédié à la démarche qualité, la gestion des risques et la Gestion documentaire (Gestion Electronique des Documents).

- Le suivi médical
- La gestion documentaire électronique (GED) avec Qualineo, voir chapitre 2.9.
- La gestion des emplois et des parcours professionnels en entreprise (GEPP), voir chapitre 2.9.
- La QVCT, voir chapitre 2.3 et chapitre 2.9.

Le dialogue social

Le dialogue social est organisé avec le CST. Des réunions triennales sont organisées.
La Commission Administrative Paritaire (CAP), consultée sur les questions relatives à la situation et à la carrière individuelle des agents publics titulaires est gérée par le CDG81.
Afin de soutenir le dialogue social, un axe fort de notre politique de management des ressources humaines est la disponibilité des cadres de direction vis-à-vis des agents afin que ces derniers puissent exprimer leurs besoins, remarques, suggestions en continu.
Nous avons mis en place les panneaux d'affichage réglementaires dans la salle du personnel, et afin de soutenir la communication du CST, les représentants du personnel ont la possibilité d'utiliser des outils informatiques.

La formation et la professionnalisation

Un des piliers de l'adaptation à l'emploi tout au long de la carrière est la formation.
Nous activons des formations type Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et des formations continues pour l'adaptation au poste, l'évolution dans l'emploi ou le développement de compétences.
Dans le secteur médico-social, nous sommes confrontés à un problème d'inadaptation de l'offre de formation du Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT) aux besoins des agents pour garantir un accompagnement de qualité des différentes populations en fonction de leurs pathologies et de leurs troubles, mais également pour faire face aux situations difficiles auxquelles ils sont confrontés au quotidien (souffrance, douleur, fins de vie, troubles du comportement, refus de soins, …).
Cela entraîne des difficultés budgétaires importantes ; en effet, nous payons des cotisations élevées au CNFPT, qui en contrepartie, ne rembourse aucun frais de formation si nous faisons appel à des organismes de formation non agréés (la majorité des organismes qui proposent des formations répondant à nos besoins).
Nous actionnons donc plusieurs leviers afin de pallier ce manque :

- Définition d'un plan de formation prévisionnel 2026 avec le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale des EHPAD Publics Territoriaux du Tarn (GCSMS) auprès de la CNFPT pour l'établissement d'une convention avec la CNFPT, organisant pour nos établissements des formations en lien avec nos missions auprès des personnes âgées dans l'un de nos établissements (tournant), et constituant suivant notre cahier des charges des formations d'aide à l'encadrement à destination des IDEC et Responsables Hôtellerie.
- Mutualisation des formations avec d'autres établissements médico-sociaux divers pour diminuer les coûts par établissement.
- Recherche constante de crédits supplémentaires pour le financement de ces formations : l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Conseil Départemental (CD), la Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT), …

- Participation des agents encouragée, à des colloques organisés par un de nos partenaires (ADMR, DAC 81, FNADEPA, France Alzheimer, Hautes Terres d'OC, UDEPA[7], …), à des projets de recherche, ou à des réunions d'information internes.

Nous accueillons des organismes de formation dans nos locaux, et nous ouvrons ces formations à d'autres établissements suivant le nombre de participants.
Nous partageons le plan de formation régulièrement avec le CST.
L'identification des besoins en formation se fait de plusieurs façons :

- Besoins identifiés par la hiérarchie :
  - Au regard des besoins des habitants, des nouvelles Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP),
  - Suite aux entretiens professionnels (identification des compétences à apporter aux agents)
  - Enrichissement des habilitations et des responsabilités.
- Besoins verbalisés par les agents lors des entretiens professionnels annuels.
- Besoins en lien avec la sécurité au travail et la sécurité des habitants.

Nos professionnels expérimentés exercent du tutorat auprès des professionnels moins expérimentés. Nous recevons aussi des stagiaires. Dans le cadre de l'Humanitude, les professionnels formés exercent du compagnonnage.

Les entretiens professionnels

Les entretiens professionnels sont un moment fort d'échange avec les agents, afin de recueillir leurs besoins, leurs observations quant à la qualité de vie et conditions de travail, leurs objectifs en matière de formation et d'évolution de carrière.
C'est également un temps de dialogue important en toute sérénité et l'espace idéal pour l'encadrement lorsqu'il est nécessaire de réajuster et de rappeler les objectifs, les attentes en matière de posture professionnelle, de manière de servir, … ou de définir de nouveaux objectifs pour l'année à venir.

Le suivi médical

Nous dépendons du CDG81 concernant les instances médicales.

2.7 Les instances

Conseil d'Administration du CIAS

Le Conseil d'administration du CIAS est l'organe décisionnaire. Il définit la Politique Générale de l'établissement, vote les budgets (Etat prévisionnel des recettes et des dépenses – EPRD, État réel des recettes et des dépenses - ERRD, comptes de résultat) et décide des investissements. Cette instance se réunit au moins trois fois par an et autant que nécessaire.
Il est composé de 11 membres :

· 6 membres de la CCHL élus ;

[7] Voir liste des abréviations en fin de document

· 5 membres nommés parmi des instances territoriales.

Conseil de la vie sociale (CVS)[8]

Il y a un CVS par établissement. Le renouvellement des membres a été réalisé en janvier 2024. Le prochain renouvellement est à prévoir en **janvier 2027**.

Comité Social Territorial (CST)

Il a été créé le 31/03/2022. Le prochain renouvellement est à prévoir en **décembre 2026**.
Nombre de représentants du personnel : 3 titulaires, 3 suppléants.
Nombre de représentants de la collectivité : 3 titulaires, 3 suppléants.

CDG81 (Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Tarn)

Adhésion au contrat groupe garantissant les risques financiers liés à la protection sociale statutaire des personnels territoriaux pour la période 2022-2024 en janvier 2022, puis renouvellement pour la période 2025-**2028**.
Adhésion depuis août 2022 au dispositif ADVHAS signalement des actes de violence, de discrimination, de harcèlement et d'agissements sexistes dans la fonction publique.
Adhésion depuis décembre 2022 aux missions facultatives suivantes :

- Conseil en organisation
- Conseil de mobilité professionnelle
- Expertise juridique et prévention des contentieux en matière Ressources Humaines (RH)
- Aide à l'archivage
- Aide au recrutement
- Intérim territorial
- Psychologie au travail
- Prévention des risques professionnels
- Etude des droits à l'allocation chômage

Adhésion depuis décembre 2022 au service « médiation » (inclus le service du référent laïcité).
Adhésion à la convention de participation pour le risque « Prévoyance » conclue entre le Centre de gestion 81 et le groupement « Collecteam - Allianz » depuis septembre 2024.

L'Amicale des Résidents de l'EHPAD

Association loi 1901 qui organise divers événements au profit des animations pour les habitants : loto, kermesse, concours de belote…

L'Amicale du Personnel

Association loi 1901 qui organise des rencontres variées entre les professionnels pour dynamiser une bonne ambiance.

[8] Voir annexe 5 "Qu'est que le CVS diffusé aux habitants, familles et tuteurs ? " en mars 2025.

Le Comité des Œuvres Sociales (COS) - instance de la CCHL

Possibilités au personnel du CIAS d'adhérer, pour avoir des tarifs privilégiés sur des services locaux.

Le Comité National d'Action Sociale (CNAS)

Adhésion du CIAS au CNAS à compter du 1/9/2024. Sont bénéficiaires des œuvres sociales : tous les agents titulaires, les contractuels ayant une ancienneté d'au moins 6 mois.

2.8 Les régies

Régie mixte d'avances et de recettes pour la maison de retraite Saint Vincent de Paul avec compte de dépôt de fonds au Trésor.
Régie d'avances pour la Résidence Saint Vincent de Paul.
La régie de recettes sert à encaisser les repas pris sur place et pris dans le cadre du « Jour différent ».

2.9 Démarche Qualité et gestion des risques

La promotion de la bientraitance, la prévention de la maltraitance et la qualité sont complémentaires et intriquées. La bientraitance est un sous-ensemble de la qualité qui s'intéresse aux modalités relationnelles, tandis que la qualité concerne un vaste ensemble qui concerne tant les prestations délivrées que l'information, la personnalisation des prestations, le climat social, l'organisation, la communication externe, la gestion financière et sociale.

La bientraitance

La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein de nos établissements. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'habitant en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein de nos établissements qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs.[9] Les quatre grands domaines que la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) balise sont :

- Donner une réalité à la liberté de choix ;
- L'accompagnement de l'autonomie ;
- La communication individuelle et collective ;
- Un projet d'accueil et d'accompagnement défini et évalué.

Ils sont développés dans tout notre projet d'établissements.

[9] Définition inspirée de celle de la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de la HAS, janvier 2012.

La maltraitance

La cartographie de la maltraitance a été construite avec les professionnels au cours de réunions du Groupe de Pilotage Humanitude en 2025. Elle a conduit à un plan d'action qui figure en annexe 6.

Le management de la qualité

Le management de la qualité des établissements du CIAS vise à garantir la sécurité, le bien-être et la satisfaction des habitants, tout en assurant des conditions de travail optimales pour les professionnels. Il repose sur :

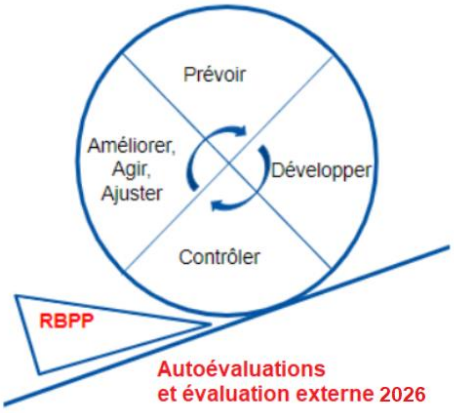
- La conformité réglementaire (HAS, ARS, législation du travail)
- L'amélioration continue des pratiques et des soins
- L'implication des équipes dans une démarche collaborative
- Le suivi des indicateurs qualité (satisfaction, incidents, audits)

L'outil central de cette démarche est le logiciel de gestion qualité **QUALINEO.**
Mis en place au sein des établissements en avril 2025, ce logiciel permet :

- La gestion documentaire électronique (GED) : centralisation des documents, protocoles et comptes rendus
- Le suivi des risques : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP), incidents, plaintes et réclamations, événements indésirables, cartographie de la maltraitance
- Le pilotage des plans d'actions et des audits
- Les auto-évaluations, enquêtes de satisfaction
- Des tableaux de bord dynamiques pour le suivi de la qualité
- Une communication ciblée auprès des équipes.

Plan d'amélioration continue

La démarche qualité repose sur le cycle d'amélioration continue suivant dont les RBPP constituent la cale :



- Prévoir : Identifier les axes d'amélioration via les évaluations internes, les retours d'expérience et les indicateurs
- Développer : Mettre en œuvre les actions correctives et préventives
- Contrôler : Suivre les résultats via des audits, tableaux de bord et enquêtes
- Agir : Réajuster les pratiques, mettre à jour les protocoles, renforcer les formations.

Ce plan est intégré dans le logiciel QUALINEO et mis à jour régulièrement en lien avec les référentiels HAS et le futur CPOM.

Mise en place des pauses qualité hebdomadaires

Des pauses qualité sont instaurées chaque semaine dans les deux établissements :

- Durée : 20 minutes
- Objectifs :
  - Favoriser le retour d'expérience entre professionnels
  - Identifier les dysfonctionnements ou points de vigilance
  - Partager les bonnes pratiques
  - Renforcer la cohésion d'équipe et la culture qualité
- Modalités :
  - Animées par un référent qualité ou cadre de santé
  - Thèmes tournants : hygiène, sécurité, bientraitance (le mois de… par l'Humanitude), gestion des risques, évaluation …
  - Émargement direct ou en différé sur consultation des ressources utilisées.

Ces pauses permettent une participation accrue et une implication collective des professionnels tendant vers une amélioration continue au quotidien.

Gestion des risques

Les principaux risques identifiés au sein de nos établissements sont :

- Physiques : manutention, chutes, ambiances thermiques
- Chimiques et biologiques : produits d'entretien, fluides corporels
- Psychosociaux : stress, surcharge, conflits
- Techniques : équipements, électricité, incendie
- Routiers : déplacements professionnels

Des mesures de prévention sont proposées, pour chaque type de risques.

Notre démarche d'analyse du risque infectieux (DAMRI) s'inscrit dans une logique d'amélioration continue de la qualité et de sécurité de l'accompagnement que nous proposons aux habitants ainsi qu'aux conditions de travail des professionnels.

C'est un outil d'auto-évaluation qui nous permet de cartographier notre risque infectieux (fréquence, gravité), de mesurer notre niveau de maîtrise (protocoles, formations, équipements, organisation) et de mettre en suivant un plan d'action adapté à notre établissement. Les actions peuvent être organisationnelles, techniques ou humaines (formation, sensibilisation, mise à jour des procédures).

Nous travaillons en équipe pluridisciplinaire, sur la base de cet outil, chaque trimestre, avec le soutien et l'expertise de l'Équipe Mobile d'Hygiène (EMH).

Nous passons en revue les différents domaines qui peuvent être concernés : les soins, l'hygiène des mains, la gestion de l'environnement, du linge et des déchets, ou encore la prévention des accidents d'exposition au sang (AES).

Le Plan Bleu intègre le Plan de Gestion de Crise, le Plan de Continuité de l'Activité (PCA) et le Plan de Reprise d'Activité (PRA) qui sont des outils essentiels pour garantir la sécurité des personnes accompagnées, la protection des équipes et la continuité de service en cas de situation exceptionnelle.

L'établissement dispose d'un Plan Bleu écrit et actualisé conformément à l'article D 312-160 du Code de l'action sociale et des familles. Il fait l'objet d'une mise à jour annuelle.

Différentes procédures annexées au Plan Bleu prévoient les conduites à tenir dans chaque situation.

Certaines restent à finaliser.

Le plan de gestion de crise rassemble des documents opérationnels destinés à faire face à des événements tels que :

- Les épidémies
- Les incendies
- Les actes malveillants
- Les ruptures de flux (énergie, eau, etc.)
- Les catastrophes naturelles ou technologiques…

Les objectifs du PCA sont les suivants :

- Maintenir les fonctions vitales de l'établissement
- Réagir efficacement à des situations exceptionnelles (pandémies, grèves, cyberattaques...)
- Adapter l'organisation en mode dégradé, si nécessaire.

Les objectifs du PRA sont les suivants :

- Mettre en place des mesures de rétablissement progressif des activités suspendues
- Retour à un fonctionnement normal,
- Effectuer un bilan de l'efficacité des mesures mises en place.

Sécurité des professionnels

Les intervenants sont exposés à des risques professionnels identifiés dans le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP), cela inclut par exemple les risques d'expositions aux sang (AES) mentionnés ci-dessus et les Risques Psycho-Sociaux (RPS). Celui-ci est mis à jour annuellement et sert de base à la mise en œuvre d'actions de prévention.

Organisation et contrôles

Pour garantir la sécurité des personnes et des biens, l'établissement a mis en place :

- Un planning de contrôles périodiques réglementaires (incendie, électricité, ascenseurs, etc.).
- Une traçabilité des interventions techniques et des maintenances.
- Une veille réglementaire assurée par le service qualité et le référent sécurité.
- Des formations régulières du personnel sur les risques et les conduites à tenir.
- Une collaboration avec des prestataires certifiés pour les vérifications obligatoires.

Le suivi de la qualité

Le suivi de la qualité est essentiel pour contrôler l'atteinte des objectifs et voir ainsi les progrès réalisés au sein de l'établissement.

- Outils et indicateurs utilisés :
  - Audit Humanitude
  - Grille OMEDIT d'aide à la prise des médicaments et le respect de la règle des 5B « administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment »
  - Audits ménage proposés par l'Equipe Mobile d'Hygiène (EMH)
  - Démarche d'Analyse et Maîtrise du Risque Infectieux (DAMRI)
  - Indicateurs de résultats (ex. : nombre de chutes)
  - Repérage des défauts et dysfonctionnements (transmissions intendance, événements indésirables)
  - Satisfaction des habitants et des professionnels
  - Évaluation des pratiques et de la satisfaction
  - Indicateur de sécurité (habitants, prestations, professionnels).
- Alignement avec le CPOM, les référentiels HAS, Agence NationAle de la Performance sanitaire et médico-sociale (ANAP).

Évaluation

L'évaluation de la qualité est une démarche obligatoire, réglementée, participative et dynamique.
L'évaluation repose sur le référentiel de la HAS 2022, applicable aux établissements sociaux et médico-sociaux.
L'évaluation se découpe en plusieurs étapes :

- Une évaluation annuelle avec le référentiel Humanitude, dans le cadre de notre démarche « En route vers le label Humanitude).
- Une Auto-évaluation interne, selon le référentiel HAS 2022.
- Une Évaluation HAS réalisée tous les 5 ans par un cabinet habilité par la HAS, elle s'appuie sur le même référentiel.

Le CIAS en lien avec le GCSMS a choisi le cabinet Qualitia pour réaliser la prochaine évaluation qui sera réalisée du 12 au 15 janvier 2026. Les résultats viendront alimenter le Plan d'actions qualité de la maison de retraite et de la Résidence Spécialisée.

2.10 Conclusion et objectifs

★ Points forts	⚠ Points à surveiller / améliorer
• Nouvel outil Qualineo performant • Base de procédures existantes socle solide permettant une harmonisation des pratiques • Sensibilisation progressive des équipes aux enjeux qualité et sécurité des soins : pause 20' qualité hebdomadaire et réunions Comité Pilotage Groupe Humanitude bi-mensuelles • Support EMH	• Définition des indicateurs insuffisante • Manque de régularité dans la collecte et analyse des données • Manque de temps dédié à la qualité dans les plannings des professionnels

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
Droits, libertés et participation des usagers	Actualiser le Projet d'Établissements (PE)	Responsable Qualité	Synthèse rédigée et diffusée.		1er trimestre 2026.	
		RH	PE présenté à tous les nouveaux agents.		dès janvier 2026.	
		Responsable de chaque projet de prestation[10]	PE et autres documents pour les habitants en version FALC[11]. Nombre de documents disponibles en FALC/an		2027 - 2028 - 2029 - 2030	
		Direction	Comité de suivi : intégrer les résultats dans le rapport d'activité et réviser le projet	annuel	2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Poursuivre la politique de gestion des réclamations (recueil, traitement, suivi) en associant notamment le personnel concerné	CODIR	Suivi du nombre de plaintes / réclamations reçues par an Suivi du nombre de réclamations traitées et analysées	hebdomadaire		
Contribution au parcours et à la réponse des besoins territoriaux	Renforcer les partenariats	Responsable de chaque projet de prestation[12]	Nombre de partenaires par projet de prestation. Nombre de rencontres avec les partenaires.	annuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Poursuivre et Développer les	CODIR	Taux de participation aux différents	annuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 -	

[10] Prestations suivant le label Humanitude : administration, soin, hôtellerie-restauration, psycho-sociale

[11] L'expression FAcile à Lire et à Comprendre (FALC) désigne une manière d'écrire et de parler visant à rendre une information plus facile à lire et à comprendre.

[12] Prestations suivant le label Humanitude : administration, soin, hôtellerie-restauration, psycho-sociale

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
	actions en lien avec la CFPPA : Apporter des services supplémentaires aux personnes à domicile (“Un jour différent”, “2h pour toi, 2h pour moi”)		programmes. Nombre de dossiers appels à projets remis.		2030	
	Apporter un accompagnement mieux adapté aux habitants ayant des troubles modérés du comportement	CODIR	Étude d’un PASA jour proposé aux ATC		06/2026	
		CODIR	Étude d’un Accueil de nuit proposé aux ATC		2027	
		CODIR	Expérimentation handicap en EHPAD proposée aux ATC		12/2026	
Amélioration de l'efficience et du pilotage interne	Sécurisation	Direction	Nouvel appel-malade installé. Suivi des appels.	hebdomadaire	06/2026 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
		Direction	Sécurisation informatique : renouvellement du parc informatique réalisé. Firewall paramétré. Tous les agents formés. Tous les agents sensibilisés au phishing.		03/2026 03/2026 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Poursuivre la politique RH au sein de l'établissement pour stabiliser, fidéliser les	RH	Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP) développée et communiquée au CST :	mensuel et annuel annuelle	2026 - 2027 - 2028 - 2029 – 2030	

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
	Agents		- indicateurs RH - plan de formation - enquête de satisfaction des formations écrite et dispensée - plan de carrière - …	toute formation	09/2026	
		Groupe Action Humanitude	Nombre d'actions en faveur de la QVCT (achat matériels, Diagnostic de l'action régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT)[13] réalisé.	annuelle	2026 - 2027 - 2028 - 2029 – 2030 12/2026	
		RH et CST	Participation au programme Just'inMovE avec Siel Bleu		Mars à juin 2026	
	Financier	Comptabilité	Procédure achat écrite et diffusée (RSO). Procédure du suivi paiement habitant écrite et respectée.		03/2026 03/2026	
		Comptabilité	Acquisition d'un terminal de paiement externe (TPE).		12/2026	
	Développer les partenariats afin de fluidifier le parcours	Direction	Taux de participation effective aux réunions de l'UDEPA 81, GCSMS, Hautes Terres	annuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 – 2030	

[13] Suivant la boussole présentée au chapitre 2.3

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
	des habitants et de proposer une réponse adaptée aux situations complexes et d'urgence		d'Oc. Nombre de participations aux réunions proposés par les acteurs institutionnels.			
	Transition écologique (RSO)	Entretien Restauration	Diagnostic ADEME réalisé. Diagnostic anti-gaspillage alimentaire réalisé.		12/2027 06/2027	
Prévention, qualité et gestion des risques	Poursuivre la mise en place de la Gestion Électronique Documentaire (GED) et le suivi des plans d'actions	Responsable Qualité	Tous les nouveaux agents sont inscrits sur Qualineo[14]. Tous les anciens agents sont désinscrits de Qualineo. Tous les agents ont émargé sur Qualinéo les documents obligatoires.	mensuel	à partir de janvier 2026	
	DUERP dont Risques Psycho-Sociaux (RPS)	CODIR	Mis à jour et accessible sur Qualinéo. Deux préventeurs nommés et formés. Diagnostic et plan d'action des RPS pour chaque unité de travail réalisé Et suivi	Annuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 – 2030	
	Diagramme DAMRI (avec l'accompagnement EMH)	CODIR	Mise à jour avec Retour d'expérience (RETEX) et communication au CVS.	Mensuel		
	Plan Bleu	CODIR		Annuel	2026 - 2027 -	

[14] Qualineo est le logiciel qualité mis en place sur l'année 2025 dédié à la démarche qualité, la gestion des risques et la Gestion documentaire (Gestion Electronique des Documents)

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
	PCA	CODIR			2028 - 2029 – 2030	
	PRA	CODIR				
	ESMS numérique	CODIR	Mettre en place les procédures et les outils nécessaires avec le soutien des acteurs de terrain (autres ESMS - GRADes -esanté occitanie) Charte informatique écrite et remise à tous les agents		12/2026 12/2026	
	Hygiène	CODIR	Politique d'hygiène rédigée. Mise à jour des procédures en lien avec l'organisation		02/2026	
	Prévention maltraitance et promotion bientraitance	Comité Ethique CODIR RH	Nombre de réunions interne Comité éthiques. Nombre de participations externes/membre du Comité éthique. Référents bientraitance nommés et formés. Nombre de sensibilisations réalisées. Suivi des événements indésirables (EI). Formations Humanitude. Mise à jour de la cartographie de la maltraitance et suivi du plan d'actions	Annuel Annuel Hebdomadaire Annuelle Mensuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 – 2030	
	Appropriation des RBPP par les professionnels	Groupe Action Humanitude	Nommer un trinôme (AS /ASH / IDE) référent des bonnes pratiques Nombre d'outils développés. Nombre de présentations. Nombre de	Annuel	02/2026 2026 - 2027 - 2028 - 2029 – 2030	

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
			participants /présentation.			

3. SOINS[15]

Le projet de soins s'intègre parfaitement dans le projet d'établissements. Il vise à garantir aux personnes âgées accueillies et à leur proches une prise en charge individualisée, adaptée, sécurisée et de qualité.
Notre projet de soins s'axe autour des 3 principes de l'Humanitude : Vivre et mourir debout, Zéro soin de force sans abandon de soin, Respect de l'intimité et de la singularité.
Les principaux objectifs de notre projet de soins sont : évaluer les besoins, les capacités et les envies de chaque habitant en garantissant des soins effectués dans la bientraitance, en toute sécurité et en respectant les dernières recommandations en vigueur tout en ne laissant rien de côté : soulager les douleurs, les souffrances, stimuler et préserver l'autonomie, l'indépendance, la verticalité, le respect et la volonté de la personne.
Aucun soin de force n'est effectué.

3.1 Acteurs et outils du projet de soins

3.1.1 Nos locaux dédiés aux soins dans la maison de retraite

Logement des habitants

Les soins de confort, de bien-être mais aussi parfois des soins techniques (prise de sang ou encore pansement) peuvent être dispensés dans la chambre de l'habitant. L'hygiène et l'intimité sont respectées.

L'infirmerie

Elle est divisée en 3 parties :

- Une pièce dédiée aux médicaments fermée à clef et accessible seulement aux médecins et infirmières ; à cet endroit a lieu le stockage et la préparation des piluliers de chaque habitant. Elle est équipée d'une armoire sous clef, d'un réfrigérateur et d'un coffre afin de garantir la sécurisation du circuit du médicament.
- Une pièce centrale, véritable pièce de communication, les habitants, les soignants et les familles peuvent s'y rendre pour discuter de l'accompagnement d'un habitant ou pour obtenir des renseignements. C'est aussi le lieu qui est dédié aux transmissions d'équipes.
- Une salle de pansement, à part, pour respecter l'intimité.

La salle multisensorielle

Pour dispenser des soins non médicamenteux. A l'écart de toute agitation, cette pièce est équipée d'un fauteuil confortable, d'une lumière adaptée et de différents équipements de relaxation. Une consultation avec la psychologue, un temps de repos, un massage des mains ou encore une séance de réflexologie peuvent y avoir lieu.

[15] Il est important de distinguer les 2 établissements : la maison de retraite est médicalisée, pas la Résidence.

3.1.2 L'équipe soignante de la maison de retraite

- Un médecin coordonnateur ayant validé un cycle de formation conformément à l'article D.312-157
- Une infirmière coordonnatrice (IDEC)
- Des infirmiers Diplômés d'État (IDE)
- Des Aides-soignantes (AS, AMP, AES) jour et nuit
- Des ASH assurant l'entretien des locaux et des ASH Faisant Fonction, qui assurent des soins d'hygiène et de confort et d'aide à la vie quotidienne en collaboration avec les aides-soignantes
- Une psychologue.

Cette équipe pluriprofessionnelle travaille en collaboration avec des professionnels médicaux et paramédicaux qui interviennent régulièrement dans notre établissement, que nous détaillons ci-après.
L'équipe est régulièrement formée en interne sur l'administration des traitements, le matériel et les soins. Des formations externes sont suivies aussi dans différents domaines du soin pour toujours se maintenir à jour, ou compléter les formations initiales.

3.1.2 L'équipe soignante de la Résidence

- Des Aides-soignantes (AMP) le jour.
  L'équipe prend en charge la prise des rendez-vous médicaux (médecin traitant pour renouvellement des traitements et besoin de santé ainsi que pour les spécialistes à la demande du médecin traitant. L'équipe s'occupe aussi de la réservation des transports ambulance ou des Véhicules Sanitaires Légers (VSL) pour les rendez-vous médicaux. Le plus souvent possible, un membre de l'équipe accompagne l'habitant à ses rendez-vous médicaux avec son accord.
- Des ASH assurant l'entretien des locaux et des ASH Faisant Fonction, qui assurent des soins d'hygiène et de confort et d'aide à la vie quotidienne en collaboration avec les aides-soignantes
- Une psychologue
- Il n'y a pas d'IDE à la Résidence ; les soins de pansements ou bilans sanguins sont effectués par les IDE libérales.

3.1.3 Les intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux

Chaque habitant est libre de choisir son médecin traitant ou tout intervenant libéral qui, pour pouvoir intervenir au sein de l'établissement, conclut une convention.
Les habitants qui n'ont pas de médecin traitant, peuvent choisir un médecin traitant parmi la liste des médecins traitants intervenant dans la maison de retraite signataire de ladite convention.
Les professionnels médicaux et paramédicaux intervenant au sein des établissements sont les suivants :

- Pharmacie

- Kinésithérapeute
- Pédicure/Podologue
- Opticien
- Laboratoire.

Ponctuellement et pour des prises en charge spécifiques, nous avons des conventions avec :

- Les dentistes de l'hôpital de Castres
- L'équipe mobile de gériatrie de Castres
- L'équipe mobile de psychogériatrie de la fondation Bon Sauveur d'Alby.
- Le Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC 81) qui peuvent nous être d'un soutien lors de soins palliatifs par exemple ou de parcours de soins complexes
- Le Dermatobus (Dermatologue de l'Hôpital d'Albi) qui dispense une fois par an des consultations et des soins dermatologiques au sein même de notre établissement
- L'Hospitalisation A Domicile (HAD) : en cas de pansement complexes, fin de vie…
- Le Centre Médico Psychologique (CMP) de la fondation Bon Sauveur d'Alby.

3.1.4 Le circuit du médicament

Dans le cadre d'un partenariat, la pharmacie d'officine de Lacaune assure la délivrance des médicaments selon les circuits du médicament établi dans les établissements.
Suite au dernier Audit de l'OMEDIT (Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique), un travail de réorganisation et sécurisation du circuit du médicament a été fait et se poursuit continuellement.
Des bilans de médicamentation sont effectués avec la pharmacienne et le médecin traitant ou le médecin coordonnateur afin d'avoir une expertise et une réflexion sur chaque ordonnance : le traitement est remis en question (balance bénéfice/risque), la forme galénique, des bilans sont effectués etc… On optimise ainsi chaque ordonnance et on prévient les risques associés au traitement et à la iatrogénie médicamenteuse (les effets anticholinesthérasiques).
Notre logiciel de soins sécurisé permet en ce sens une traçabilité optimale et une communication efficace entre ces différents acteurs.
La pharmacie nous délivre également du matériel nécessaire aux soins et assure la location de certains dispositifs médicaux, garantissant une continuité des soins ou des prises en soins adaptées rapides.

3.2 L'organisation des soins à la maison de retraite

L'infirmière coordinatrice met en place :

- Une organisation des soins basée sur la charge en soins afin d'optimiser l'accompagnement des habitants et de faciliter le travail de l'équipe soignante. Ceci est réalisé en adéquation avec une

adaptabilité du soignant à chaque habitant : en cherchant à respecter au mieux le rythme de vie et de sommeil, des habitudes de vie, des envies et des besoins dans les limites que nous imposent la vie en institution.

- Des fiches de tâches et des fiches de postes détaillées et actualisées autant de fois que nécessaire.
- Des plannings et des transmissions quotidiennes : matin, midi et soir, orales et écrites ; pour assurer une continuité des soins efficiente.
- Un logiciel de soins performant permettant une traçabilité optimale, un recueil de données médicales et paramédicales centralisé, ainsi que des outils facilitant le quotidien et l'organisation des soignants dans lequel on peut retrouver les rendez-vous médicaux, les comptes-rendus médicaux, des plans de soins détaillés et des informations concernant les habitants (histoire de vie, PAP, …).
- Un planning des agents, qui a été travaillé en équipe afin de trouver le meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Il est publié un mois en avance.
- Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires au secteur ouvert et à l'unité protégée, afin de prendre le temps de parler de difficultés de prises en soin ou de faire un suivi médical et psychosocial global de la personne : le plan de soins y est revu, les troubles du comportement y sont abordés ou encore une discussion autour de l'évolution de l'autonomie y est évoquée.
- Une commission contention mensuelle avec le médecin coordonnateur et d'autres soignants est effectuée pour réfléchir à la pertinence des contentions. Elle est réévaluée pour être stoppée le plus tôt possible. Un plan de compensation est réfléchi. L'objectif est de tendre vers le « zéro contention ».
- Une commission nutrition mensuelle est également faite avec le médecin coordonnateur, ou le médecin traitant, la pharmacienne et des soignants. On évalue et analyse la nécessité de la prescription de compléments alimentaires, de faire un suivi de poids plus régulier (hebdomadaire au lieu de mensuel), des bilans sanguins ou encore une mesure de la sarcopénie.
- Une commission gériatrique se réunit au minimum une fois par an. Elle est orchestrée par le médecin coordonnateur, est effectuée entre différents professionnels internes et externes à l'établissement, afin de promouvoir des échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques.
- Des analyses de chutes sont effectuées de façon hebdomadaire afin de les prévenir et de repérer les habitants à risque, cela permet de mettre en place des actions pour pouvoir agir sur des facteurs précis et ainsi diminuer le risque de chute.

3.3 L'organisation des soins à la Résidence

La coordinatrice met en place :

- Des plannings et des transmissions quotidiennes : matin, midi et soir, orales et écrites ; pour assurer une continuité des soins efficiente avec des transmissions pluridisciplinaire ; avec la psychologue pour aborder les troubles psychologiques et les PAP.

- Un logiciel de soins performant permettant une traçabilité optimale, un recueil de données médicales et paramédicales centralisé, ainsi que des outils facilitant le quotidien et l'organisation des soignants dans lequel on peut retrouver les rendez-vous médicaux, les comptes-rendus médicaux, des plans de soins détaillés et des informations concernant les habitants (histoire de vie, PAP, …).
- Un planning des agents, qui a été travaillé en équipe afin de trouver le meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Il est publié un mois en avance.

3.4 Les Axes de notre projet de soins, partagés avec la Résidence

3.4.1 La verticalité - La dignité en marche

La Verticalité est une composante essentielle de la dignité humaine. Se tenir debout structure la relation à soi, aux autres et au monde, non seulement sur le plan physique mais aussi symbolique (debout face à sa vie, à son identité, à ses choix). Les professionnels de notre établissement ont été formés à ce pilier de l'Humanitude, notamment par le biais de techniques de réhabilitation des capacités (en particulier la « manutention relationnelle »). Ce savoir est indispensable pour assurer la verticalité nécessaire à chaque Habitant. Verticalité qui prend diverses formes : comme se lever et marcher tout simplement, mais c'est aussi se tenir debout quelques minutes à une barre, sortir de son fauteuil roulant au moment des repas pour manger assis sur une chaise, être installé au fauteuil même sur un temps court lors d'alitement prolongé etc... Il y a autant de façon d'encourager la verticalité que d'habitant.[16]

La verticalité dans notre maison

- L'accompagnement est personnalisé

L'accompagnement de nos Habitants se veut individuel et adapté, ainsi, les professionnels encouragent le mouvement : accompagnement à la marche, installation sur un fauteuil, lever quotidien et station debout. Lors de son entrée, chaque habitant participe à une évaluation de sa verticalité qui va définir son profil de verticalité et donc sa prise en soin. Ainsi, dès le réveil, les aides et les soins sont axés autour de cette verticalité, lors de la toilette, lors des repas ou encore lors des animations. Des toilettes dites évaluatives sont effectuées en binôme avec l'infirmière et l'aide-soignant à la maison de retraite, par une AMP à la Résidence,

[16] **Les enjeux de la verticalité :**

- **Préserver la dignité** : la station debout permet de rester acteur de sa vie, de maintenir une identité humaine pleine et entière, contrairement à la position allongée, souvent associée à la dépendance et à la passivité.
- **Maintenir l'autonomie** : chaque mise en verticalité, même partielle, participe à l'entretien des capacités motrices, de l'équilibre et de la marche.
- **Prévenir les complications** : la verticalité lutte contre les effets délétères de l'alitement prolongé (escarres, perte musculaire, troubles respiratoires et digestifs).
- **Renforcer le lien social** : être debout, c'est être à hauteur des autres, dans une position d'égalité et de communication plus naturelle. Un regard dans un regard.

pour établir des soins adaptés et un accompagnement singulier et unique dans l'autonomisation. Nous prenons en compte les capacités, les douleurs mais aussi les envies et les besoins. Chaque soin apporté est donc propre à chaque habitant : aide à la toilette personnalisée, texture des repas, accompagnement aux toilettes… Les aides et les préconisations sont étudiées et réévaluées chaque fois que nécessaire en équipe pluridisciplinaire et avec le regard expert du médecin coordonnateur à la maison de retraite.

- Les aides techniques

Nous sommes équipés de matériel performant et varié : barres d'appui, déambulateurs, verticalisateurs, rails dans les chambres, siège de relevage, disques de transfert, … autant de dispositifs qui facilitent le travail des soignants tout en garantissant la sécurité de l'habitant et le passage à la station debout en toute sécurité. Nous louons du matériel complémentaire si besoin. Nous sommes équipés également d'un parcours de santé extérieur et adapté.

- Nous valorisons chaque capacité

Être debout 20 minutes par jour, ou se verticaliser même via une simple verticalisation passive (avec l'aide d'un verticalisateur par exemple) permet de stimuler le corps et de maintenir un repère fondamental d'humanité. Nous valorisons chaque effort et nos soins prodigués sont effectués dans la station debout dans la mesure du possible.

- Notre dimension relationnelle

Le lever n'est pas qu'un geste technique, mais un moment d'échange. L'accompagnement se fait dans le respect du rythme de la personne, en valorisant ses efforts et en renforçant son sentiment d'existence. La verticalité est l'affaire de tous, c'est un engagement collectif qui concerne les professionnels de notre établissement mais aussi les intervenants extérieurs (kinésithérapeute, podologue…), les familles et les habitants.

3.4.2 La Capture Sensorielle

Le regard, la parole et le toucher sont la base de tout accompagnement en soin pour un accompagnement digne et humain.

Le regard

Le regard va au-delà de la simple vision physique, dans l'Humanitude, c'est un outil relationnel essentiel pour l'empathie, la dignité et le respect de la personne. Il a pour objectif de valoriser l'autre, de le reconnaître dans sa singularité. Il permet de maintenir cette connexion humaine. Le regard bienveillant peut parfois être plus important que des mots, notamment lorsque la personne est en perte d'autonomie ou présente des troubles cognitifs ou psychocomportementaux.[17]

[17] **Les enjeux du regard :** Le regard se veut attentif et respectueux, l'objectif étant que la personne en face se sente vue et reconnue. C'est un moyen de communication non verbale, essentiel pour exprimer de l'empathie et de la reconnaissance.
Quand une personne âgée, particulièrement si elle est malade ou en perte d'autonomie, est regardée avec douceur et attention, elle se sent respectée dans sa dignité, ce qui favorise un sentiment de sécurité émotionnelle et psychologique.

Le regard dans notre maison

Dans notre maison, nous avons à cœur que les habitants ne se sentent pas seuls, isolés ou dévalorisés. C'est dans ces moments-là que nous utilisons le regard comme un outil pour leur rappeler qu'ils sont considérés comme des individus dignes. Si un habitant a besoin d'aide lors des repas, le soignant se place systématiquement devant lui, à hauteur des yeux. Il en est de même lors des échanges ou lors des soins, le soignant se place devant l'habitant et à hauteur des yeux afin de s'assurer que l'échange de regard à lieu.

La parole

C'est une façon de reconnaître l'autre dans son humanité, même (et surtout) lorsque la personne âgée ou handicapée vieillissante semble ne plus pouvoir répondre verbalement. [18]

La parole dans notre maison

Nos principes :

- Toujours parler, jamais "faire en silence" : Lors des soins (toilette, habillage, repas…), il faut toujours parler, expliquer avant d'agir**.** Même si la personne ne répond pas. La parole rythme les gestes, rassure, explique ce qui est en train de se passer, et donne du sens à l'action.
- La tonalité, le rythme et l'intensité sonore sont essentiels. Une voix agressive ou précipitée peut générer de l'angoisse.
- On parle à hauteur d'oreille**,** avec une voix chaleureuse, pas infantilisante, regard dans le regard.
- Parler positivement ; même dans les situations difficiles, l'usage d'un vocabulaire positif est essentiel : on évite les termes péjoratifs ou dévalorisants. Le « ne..pas » est à proscrire.

La parole permet aussi :

- De favoriser la coopération lors des soins (notamment chez des personnes anxieuses ou désorientées).
- De réduire les troubles du comportement liés au stress ou à la confusion.
- De maintenir un lien relationnel, même quand la communication verbale semble rompue.
- La parole peut aussi permettre une diversion positive en s'évadant d'un soin douloureux ou difficile pour la personne.

Le toucher

Le toucher, pilier essentiel pour créer du lien, Tout comme les autres piliers, c'est un outil puissant pour établir une connexion entre les personnes et transmettre des émotions.[19]

---

[18] **Les enjeux de la parole**

Dans l'approche de l'humanitude, parler à une personne âgée, c'est lui dire : "tu existes"**.** Même si elle ne parle pas, même si elle ne semble pas comprendre, le fait de lui parler avec douceur, respect et chaleur est un acte fondamental de dignité**.**

[19] **Les enjeux du toucher :** Le toucher se veut respectueux et bienveillant. Il va au-delà du geste physique, c'est un moyen de communication relationnel et émotionnel puissant.

Le toucher dans notre maison

Dans notre établissement, le toucher se veut :

- Professionnel : nous remplaçons la saisie en pince par une manipulation de la personne en berceau (pomme de main vers le haut), en évitant la « griffe ».
- Respectueux : il doit être demandé ou accueilli par la personne, il ne doit jamais être imposé. Lorsque la communication non verbale n'est pas possible, le soignant observe les signes non verbaux (mimiques, posture et gestes) pour s'assurer que le toucher est vécu de manière positive.
- Progressif : le regard et la parole doivent être les premiers outils de communication, c'est ensuite que vient le toucher et il doit démarrer toujours des zones moins intimes vers les zones plus intimes.
- Permanent : lors des soins, et une fois le toucher mis en place, il ne doit plus s'arrêter pour maintenir la relation, une main doit toujours rester en contact avec l'habitant.
- Pacifiant : le toucher est lent, bienveillant, doux, rassurant et vaste. Il doit apporter sécurité et confort. Il permet de réguler les émotions, notamment en cas d'angoisse, de stress ou de désorientation. En effet, le contact physique favorise la production d'ocytocine, l'hormone du bien-être.

Le toucher dans les soins quotidiens

- Lors des toilettes : les soignants sont attentifs à la manière de toucher la peau, en évitant les gestes brusques ou rapides. Nous évitons ainsi le sentiment de vulnérabilité tout en préservant l'intimité.
- Lors de la mobilisation : les soignants ont à cœur de proposer un toucher rassurant, qui est essentiel pour éviter que la personne ne se sente brusquée ou en danger.
- Dans les moments de réconfort ou lors d'échanges informels, le toucher permet de renforcer la relation affective et de lutter contre l'isolement émotionnel.
- Le consentement, et l'observation sont constamment respectés, surtout chez les habitants qui présentent des troubles cognitifs ou avec des troubles psycho-comportementaux. L'objectif étant que la personne ne se sente pas agressée. Notre accompagnement se veut respecter les limites de l'autre et adopter une grande sensibilité.

3.5 Les soins non médicamenteux partagés avec la Résidence

Une large diversité de soins non médicamenteux est dispensée par nos soignants : diversion, ronronthérapie, soins socio-esthétiques, stimulation cognitive, chant, art thérapie...

Le toucher doit être pratiqué avec intelligence toujours dans une dimension de respect et de dignité.
Dans l'humanitude, le toucher n'est pas seulement un outil de soin, il humanise l'action. Il permet de sortir du cadre purement technique et de remettre l'humain au centre de la relation. Il se situe dans un espace relationnel, où le soignant et la personne soignée partagent une expérience commune, marquée par le respect, la confiance et la dignité.

3.6 Les soins palliatifs à la maison de retraite

Les soins palliatifs[20] sont une dimension essentielle et profondément humaine de l'accompagnement de nos habitants en fin de vie. Ils visent à soulager la souffrance**,** à préserver la dignité, et à accompagner la personne jusqu'au bout de sa vie dans le respect de ses besoins, de ses valeurs et de ses volontés.

Nous avons à cœur de vivre jusqu'à la fin, reconnaissant la valeur de chaque instant : Vivre et mourir debout.

Nous avons conscience que notre établissement est souvent le dernier lieu de vie des habitants.

Nous sommes amenés à accompagner des fins de vie parfois longues et imprévisibles avec des personnes qui peuvent présenter des troubles cognitifs.

Le rôle des soignants est central.

Nos principes :

- Lors de l'altération de l'état général d'un habitant, son état de santé doit nous questionner sur la décision ou non de placer cette personne en soins palliatifs. Pour cela, c'est toute l'équipe pluridisciplinaire qui est mobilisée. Une telle décision se prend en concertation avec une validation du médecin.
- Nous donnons la priorité au soulagement de la douleur et de la souffrance, grâce aux protocoles mis en place avec l'équipe pluridisciplinaire et encadrés par notre médecin coordonnateur. Nous pouvons compter sur les compétences et le matériel spécifique de l'HAD de Castres avec lequel nous avons une convention. Concrètement cela passe par des évaluations régulières de la douleur ou encore des consultations avec la psychologue.
- Le respect de la dignité.
- L'accompagnement de l'habitant et de ses proches : nous offrons un espace d'écoute pour les proches et sommes à leur disposition en cas de questions. Une rencontre est organisée avec l'équipe pluridisciplinaire pour les explications, les ressentis, et suivre ensemble l'évolution.
- Le travail en équipe pluridisciplinaire : lien constant entre médecin coordonnateur, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, psychologue, personnel hôtelier, etc.
- L'anticipation et la planification : respect des consignes en cas de décès remplis au préalable par l'habitant ou sa famille ainsi que le respect des directives anticipées de la personne.
- Nous incitons les habitants à choisir librement une personne de confiance, afin de garantir le respect de leurs droits, de leurs volontés et de leur dignité. Lors de l'accompagnement en fin de vie, cette personne permettra d'aider l'habitant à exprimer sa volonté ou à transmettre ses souhaits si celui-ci ne peut plus s'exprimer. Le médecin et l'équipe pluriprofessionnelle peuvent ainsi, si nécessaire, consulter cette personne avant de prendre des décisions importantes. Même si son avis n'a pas de pouvoir juridique, elle une valeur morale et éthique forte.

[20] Les soins palliatifs sont définis comme des soins actifs, globaux, dispensés à une personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale, quand les traitements curatifs ne sont plus possibles. Leur objectif n'est ni d'accélérer, ni de retarder la mort, mais d'offrir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la fin.

- Tout au long de l'année nous proposons à nos agents des formations sur les soins palliatifs, ou encore sur l'éthique ou la communication, là encore, notre objectif est de garantir le meilleur accompagnement possible.

3.7 Culture de la prévention du suicide

Le suicide est un phénomène complexe qui résulte de l'interaction de nombreux facteurs. Ces déterminants biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux sont de mieux en mieux connus. Parmi les principaux facteurs de risque figurent les troubles psychiques, les troubles neurocognitifs, les antécédents familiaux, l'appartenance à un groupe vulnérable, la précarité des conditions de vie, l'isolement, l'annonce d'une maladie grave, les pertes multiples, etc. Les idées suicidaires et des antécédents personnels de comportement suicidaire comptent également parmi les facteurs de risque les plus importants. Nous voulons prendre en compte le fait que « le risque de décès par suicide est beaucoup plus élevé chez les personnes les plus âgées, femmes comme hommes : le taux de suicide des personnes de 85-94 ans est de 35,2 pour 100 000, près du triple du taux mesuré pour l'ensemble de la population »[21].
Aussi nous prévoyons mettre en place un plan de prévention, incluant un plan de postvention qui définit les interventions immédiates, à court terme et à moyen terme à mettre en œuvre après un acte suicidaire.

[21] https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/promotion-et-prevention/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide, consulté le 13 février 2026

3.8 Conclusion et objectifs

Points forts	Points à surveiller / améliorer
• Continuité de soins grâce à la sectorisation et 3 jours le même poste • Matériels performants • Temps de transmissions orales et sur Netsoins • Accompagnements aux WC de façon digne et respectueuse au moins deux fois par jour • Petits-déjeuners en salle à manger • Les soignants s'adaptent à chaque habitant • Salle multisensorielle • Parcours de santé extérieur et adapté	• Matériel informatique et connexion pour la traçabilité • Les habitants demandent des douches plus souvent • Difficultés d'approvisionnements pour crèmes en Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) • Respect des consignes IDE • Stabilité Médecin Coordonnateur • Personnel à reformer pour l'utilisation de la salle multisensorielle • Interventions Enseignant Activités Physiques Adaptées (APA) / ergothérapeute / psychomotricien non développées

Le projet de soins s'inscrit dans une démarche individualisée, sécurisée et respectueuse. L'objectif est d'évaluer les besoins, soulager les souffrances, et préserver l'autonomie et la dignité de chacun, en impliquant les proches et une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, AS, psychologues, etc.).
Les soins sont dispensés dans des locaux adaptés et s'appuient sur des techniques non médicamenteuses. La traçabilité et la sécurité (circuit du médicament, logiciels spécialisés) sont renforcées, tandis que les soins palliatifs privilégient le confort et l'accompagnement des habitants et de leurs familles.

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
Prévention, qualité et gestion des risques	Améliorer la prise en charge nutritionnelle et diminuer les troubles de la déglutition	IDEC	Nombre de personnes dénutries. Participation au programme de prévention bucco-dentaire. Nombre de professionnels formés aux troubles de la déglutition	Mensuel Annuel Annuel	2026	
	Réduire le nombre de chutes par la prévention	Direction	Nombre d'interventions Enseignant APA par an Diagnostic ergothérapeute des établissements.	Annuel	2026 – 2027 – 2028 – 2029 - 2030 12/2026	
	Prévenir le suicide		Écriture du Plan de prévention. Nombre de professionnels formés. Nombre de professionnels sensibilisés et fréquence des sensibilisations. Audit de la sécurité des lieux et travaux si nécessaire	Juin 2026 Annuel Annuel	2026 – 2027 – 2028 – 2029 - 2030	
	Améliorer l'accompagnement de la fin de vie	IDEC RH	Protocole écrit Nombre de formations annuelles sur l'accompagnement de la fin de vie, l'usage de la salle et chariot multisensoriels. Nombre de soignants formés	annuel	03/2026 2026 – 2027 – 2028 – 2029 - 2030	
	Recrutement médecin coordonnateur	Direction	Médecin recruté pour au moins 1j/semaine		2026	

4. HOTELLERIE et BLANCHISSAGE

4.1 Accueil et cadre de vie à la maison de retraite

Le jour de l'arrivée, les nouveaux habitants reçoivent en guise de bienvenue une savonnette parfumée et une carte de bienvenue.
On privilégie un accueil en début d'après-midi, le moment le plus adapté pour le plus de disponibilité du personnel et pour donner le temps aux familles de s'installer.
L'aménagement et la personnalisation du logement est possible par anticipation pour garantir un investissement émotionnel du logement fort.
Les espaces communs sont pensés pour créer une ambiance cosy, conviviale, presque comme à la maison, la décoration, l'éclairage et le mobilier sont choisis pour créer un cadre esthétique et rassurant.
L'entrée fait office de place du village : lieu de vie, lieu d'envies, lieu de rencontres, lieu de passages, lieu d'activités. Le petit salon de la cheminée accueille les habitants pour des activités, pour des temps calmes. Il accueille les familles pour des visites et des repas.
Le barbecue est utilisé pour des fêtes.
Le tilleul de l'esplanade accueille les goûters d'été, et les concerts.
La salle de restaurant et le salon de la cheminée, la salle d'animation sont climatisés. Des climatisations mobiles sont installées dans quelques chambres en période de canicule.
Le salon de l'infirmerie, en face de l'infirmerie, est disponible pour les siestes, et les activités nécessitant le calme ; une surveillance particulière est possible par les infirmières.
Des postes de télévision se trouvent dans le salon de la cheminée et le salon de l'infirmerie.
Des petits salons ouverts et des terrasses aux différents étages, permettent de se retrouver en famille, de jouer à des jeux de société, de se reposer. Des meubles anciens et des bibliothèques agrémentent ces espaces, comme à la maison. Les bibliothèques sont accessibles pour les habitants, leur famille et les visiteurs.
Les animaux de compagnie, hors les nouveaux animaux de compagnie (NAC) sont autorisés, ils devront cependant être vaccinés, et restent sous la responsabilité de leur maître tant que le maître en est capable. Une personne de l'entourage doit s'engager à reprendre l'animal en cas de nécessité. La maison de retraite accueille aussi deux chats, et la Résidence des tortues.
Un appel-malade est disponible par habitant et chaque logement dispose d'une prise de télévision.
L'habitant souhaitant disposer d'un téléphone doit se munir d'un téléphone portable.
Les logements sont meublés de base avec lit, table de chevet, placard avec penderie, chaise et commode. Cependant, chaque habitant peut personnaliser son espace grâce à du mobilier personnel, dans la limite de la place disponible et de l'accessibilité.
La maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts est assurée en interne.

Les chambres exposées au sud sont équipées de balcons. Les habitants choisissent s'ils souhaitent fleurir leur fenêtre.

4.2 Accueil et cadre de vie à la Résidence

Le jour de l'arrivée à la résidence, les nouveaux habitants ont déjà été accueillis dans le cadre d'accueils temporaires. Ils ont donc déjà eu une expérience d'accompagnement au sein de la résidence et accepte de venir y vivre de manière motivée. Ils ont visité leur logement en amont de l'entrée et s'y installe avec leurs effets personnels (lit, meubles, décoration…).
On privilégie une entrée le matin, le moment le plus adapté pour le plus de disponibilité du personnel et pour donner le temps aux familles ou à l'équipe d'accompagner son installation.
L'aménagement et la personnalisation du logement est aussi possible par anticipation pour garantir un investissement émotionnel du logement fort.
Les locaux sont aménagés de telle façon qu'ils permettent une participation des personnes accueillies à la vie quotidienne (cuisine thérapeutique, buanderie, salle informatique, …).
Le salon permet aux personnes accueillies de se délasser au calme, suivant leurs envies du moment (lire, écouter de la musique ou regarder la télévision, …).
La salle d'animation peut accueillir de nombreuses activités. On nomme cet espace aussi salon car les habitants y regardent aussi la télévision. Chacun peut également avoir sa télévision dans son logement. Chaque logement dispose d'un appel-malade.
Les espaces communs sont pensés pour créer une ambiance comme à la maison, la décoration, l'éclairage et le mobilier sont choisis pour créer un cadre esthétique et similaire à un domicile. Des noms de rue ont été choisis pour les couloirs et des boites aux lettres installées à la porte de chaque logement.
A l'image des chambres, les espaces communs sont très investis. Chaque endroit est régulièrement décoré et réaménagé, au grès des saisons, des évènements festifs et des envies des habitants, jusque dans les escaliers. Les espaces sont très fleuris.

4.3 Entretien et hygiène

Les protocoles d'entretien ont été renforcés, suite à la réalisation d'un Audit, de l'implication de l'EMH à nos côtés et de l'utilisation de produits éco-responsables.
L'entretien des chambres ainsi que des parties communes est assuré quotidiennement par les agents de nettoyage.
Les produits d'hygiène sont proposés à la vente ; les prix sont affichés dans les ascenseurs de la maison de retraite utilisés par les habitants de la maison de retraite et de la Résidence.
La maintenance des équipements et les petites réparations sont effectuées par les agents des services techniques.
La maison de retraite prépare, en amont de l'arrivée de l'habitant, pour marquer le linge, les étiquettes à

son nom, et laisse à disposition une étiqueteuse thermique, à l'habitant avec ses proches. Elle est utilisée à chaque fois que l'habitant a un nouveau vêtement.

4.3.1 A la maison de retraite

La fourniture et la pose du linge plat et du linge de toilette, leur renouvellement et leur entretien, sont pris en charge. Le blanchissage est assuré via un prestataire externe. Les gants de toilette sont changés quotidiennement.
Le linge personnel des habitants est entretenu en interne. Pour le linge délicat, nous utilisons une machine à laver dédiée. Le linge propre est livré deux fois par semaine directement dans les chambres. A cette occasion les placards peuvent être rangés.
Les serviettes de table sont quotidiennement pliées par des habitants.

4.3.2 A la Résidence spécialisée

Les habitants fournissent le linge plat et le linge personnel. Tout est lavé sur place par le personnel ; les habitants assurent le pliage et le rangement de leur linge. Pour les accueils temporaires, le linge plat peut être fourni par l'établissement.

4.3 Conclusion et objectifs

★ Points forts	⚠ Points à surveiller / améliorer
• Place centrale du village • L'esplanade • Salon de coiffure • Plusieurs espaces bien-être • Résidence très investie par les habitants (décoration très personnalisée)	• Pas de visibilité sur les produits en vente • Encombrement avec déambulateurs et fauteuils • Usure des mobiliers

Le projet Hôtellerie a un objectif simple mais essentiel, rendre le quotidien des habitants de la maison de retraite et de la Résidence, plus agréable, plus confortable et plus humain. Le but est que chaque habitant se sente bien dans son nouvel environnement, « comme à la maison ».

On veut également que les familles aient envie de venir, et de partager des moments avec les habitants. La possibilité est donnée aux familles, si leur proche le souhaite, de venir et de partager des moments avec les habitants ; les interventions sont à valider avec les équipes.

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
PREVENTION, QUALITE ET GESTION DES RISQUES	Mise en place d'une vitrine pour les achats des produits d'hygiène	Entretien Accueil	Vitrine installée et gérée.		2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Végétaliser la salle de restaurant	Accueil Animation Entretien	Plantes suspendues		2026	
	Améliorer la température des pièces en cas de canicule	Entretien Résidence Direction	Faire devis et différentes propositions Analyser les solutions		2026	
	Changer les patins de chaises salle de restaurant de la maison de retraite et salle à manger de la Résidence	Entretien Résidence	Patins changés		2026	
	Changer les fauteuils pour la place du village Changer les fauteuils pour la salle d'animation de la Résidence		Fauteuils achetés et mis en place		2026-2027	

5. RESTAURATION

5.1 Organisation du service

Le service de restauration, entièrement internalisé, constitue un maillon essentiel du projet d'accompagnement des habitants.

Il comprend :

- Une cuisine principale,
- Trois cuisines thérapeutiques (salle d'animation, Jardin de Madou, Résidence),
- Une équipe dédiée de professionnels de la restauration,
- La gestion des menus, des approvisionnements, de l'hygiène et de la traçabilité.

Chaque jour, le service assure la préparation et la distribution de trois repas principaux, d'un goûter et d'une collation nocturne mise à disposition de tous les habitants.

5.2 Prestations complémentaires

Le service de restauration produit également les repas destinés à :

- L'**accueil de jour** Agout Montalet (trois midis par semaine : lundi, mercredi, vendredi), sur inscription hebdomadaire (5 à 8 repas par jour) ;
- le **portage de repas à domicile** pour des personnes âgées en perte d'autonomie sur la commune de Lacaune, sur inscription hebdomadaire (15 à 20 repas par jour du lundi au samedi) ;
- les **agents de la CCHL,** sur inscription hebdomadaire (2 à 4 repas par jour du lundi au vendredi) ;
- les **professionnels de la Résidence** participant à des repas thérapeutiques (deux repas le midi, un repas le soir) ;
- et les **agents en service** sur inscription hebdomadaire (une dizaine par jour du lundi au vendredi, quatre à cinq repas le week-end).

5.3 Élaboration des menus et respect des normes nutritionnelles

Les menus variés sont élaborés par le chef de cuisine, puis validés par la diététicienne. Ils répondent aux critères du Plan National Nutrition Santé (PNNS 4) et à la réglementation relative à la restauration collective (décret n° 2011-1227 et loi n° 2018-938 dite loi EGALIM).

Ils intègrent :

- Des alternatives pour les préférences individuelles (ex. : sans porc) ou les régimes spécifiques (allergies, textures adaptées, sans sucre, sans sel).
- Des adaptations sur prescription médicale ou demande personnelle, en collaboration avec l'équipe soignante (fiches explicatives transmises par l'IDE).
- Des plats de substitution sont systématiquement proposés afin de :
  - Respecter les goûts et préférences individuelles (ex. : sans porc),

- Prendre en compte les allergies et régimes spécifiques, qu'ils soient ou non prescrits médicalement, les textures modifiées, sur indication de l'équipe soignante (fiche transmise par l'IDE).

Une alternative végétarienne pourra être envisagée en fonction des souhaits des habitants, conformément à l'article 24 de la loi EGALIM. Nous avons eu seulement une demande en ce sens pour le moment.

5.4 Accompagnement des repas

L'acte de manger est considéré comme un moment de plaisir, de partage et de convivialité. Les repas sont pensés pour :

- Maintenir le plaisir de manger,
- Favoriser le regard, la parole et le toucher relationnel,
- Soutenir la verticalité (transferts sur chaise limitant le recours aux fauteuils roulants surtout le midi),
- Encourager l'autonomie et le choix du lieu et du rythme du repas.

La majorité des repas est donc servie en grande salle à manger, (modèle « comme à la maison »), avec un service à table pour favoriser la convivialité. Certains habitants nécessitent une surveillance particulière ou une aide partielle ou totale à la prise alimentaire réalisée par des aides techniques (en première intention pour favoriser l'autonomie) et/ou par des aides-soignants.



Illustration : aides techniques que nous proposons en fonction des besoins et des souhaits de chacun.

Au cas par cas, en fonction de la personne, de l'évolution de ses possibilités et/ou de ses souhaits, de son anxiété… la prise d'un repas ou de l'ensemble de ses repas est proposée dans son logement. Cela peut être ponctuel. Les plateaux sont alors préparés par les ASH et le cuisinier ou l'AS pour le petit-déjeuner. De plus, nous sommes attentifs à l'évolution des souhaits des prochaines générations et proposerons d'autres solutions le cas échéant, sachant que nous avons déjà expérimenté, en particulier lors des épisodes de Covid-19 entre 2020 et 2021, des prises de repas dans des salles plus petites, et/ou sous forme de self-service. Cette adaptation traduit le **respect du choix et du confort de chaque habitant.**

5.5 Hygiène, sécurité alimentaire et traçabilité

L'ensemble du personnel est formé aux règles HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points).
La traçabilité et le suivi des contrôles sanitaires sont gérés via le logiciel Labhya, à l'aide d'une tablette dédiée.
Le chef de cuisine dispose d'une journée hebdomadaire réservée aux tâches administratives et de gestion.

5.6 Équipe

L'équipe restauration se compose de :

- 2 cuisiniers en poste,
- 2 cuisiniers remplaçants réguliers (effectif ASH),
- 2 aides-cuisine,
- 2 hôteliers.

5.7 Communication et participation des habitants

Les menus hebdomadaires sont affichés dans le hall d'accueil, au Jardin Madou, dans les ascenseurs de la maison de retraite, dans le hall d'accueil de la Résidence, et les menus du jour dans les salles à manger. Les allergènes sont également clairement indiqués selon la réglementation (Règlement INCO n°1169/2011), affichés dans le hall d'accueil à la maison de retraite et dans la salle à manger à la Résidence.
Les habitants participent aux commissions des menus, aux côtés des professionnels et s'expriment aussi sur les repas lors des réunions des CVS. Leurs remarques et préférences sont recueillies quotidiennement par les équipes et transmises au chef cuisinier qui tient compte de toutes ces informations. Cette co-construction illustre la reconnaissance de l'habitant comme acteur de son quotidien.

5.8 Approvisionnements responsables et durables

En application de la loi EGALIM et de la loi Climat et Résilience, nous avons mis en place des actions RSO :

- Des achats responsables : centrale d'achats pour des tarifs négociés + circuits courts (négociations directes avec les producteurs, artisans).
- Tri sélectif renforcé
- Installation de fontaines à eau pour limiter les bouteilles plastiques (2 en maison de retraite, 1 en Résidence).
- Valorisation des biodéchets grâce à des composteurs pour les déchets alimentaires.

5.9 Coopération interservices

Le service restauration travaille en lien étroit avec :

- Le service de soins, dans la prévention et la lutte contre la dénutrition,
- Le service animation, pour l'épluchage des pommes de terre quotidien, des ateliers culinaires et pâtissiers, des repas à thème et des événements festifs.
- La Résidence, dans la préparation du chariot des repas.

Ces collaborations participent pleinement à la vie sociale, au maintien de l'autonomie et au plaisir de vivre ensemble.

5.10 Conclusion et objectifs

★ Points forts	⚠ Points à surveiller / améliorer
• Restauration sur place garantissant la fraîcheur et l'adaptabilité immédiate, limitant le gaspillage	• Le plan de maîtrise sanitaire • Formations HACCP

Le projet de restauration allie qualité nutritionnelle, convivialité et durabilité, en plaçant l'habitant au cœur du processus.

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
Amélioration de l'efficience et du pilotage interne	Diagnostic sur le gaspillage alimentaire	Chef cuisinier	Suivi de la pesée.	Quotidien sur une semaine tous les trois mois	2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Améliorer le tri sélectif	Direction RH	Tri sélectif inclus dans le règlement intérieur et dans le règlement de fonctionnement ; Nombre de personnel sensibilisé par an.		2026 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
		Service Hôtellerie	Composteur et poubelles mises en place. Vérification du tri sélectif		Mars 2026 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Substituer l'usage des plastiques par d'autres matériaux dans la livraison du portage	Chef cuisinier et Achats	Tout usage de plastique supprimé		2027	
	Mesurer l'approvisionnement de produits durables et de qualité : 50% de produits de qualité ou locaux dont 20% issus de l'agriculture biologique	Chef cuisinier et Achats				
PREVENTION,	Proposer le manger-main pour	RH	Equipe cuisine formée.		2027	

QUALITE ET GESTION DES RISQUES	conserver le plaisir de s'alimenter, manger : - tout en déambulant pour certains - sans couverts pour des personnes atteintes de troubles praxiques	Chef cuisinier et Achats	Matériel adapté à la fabrication des aliments sous formes adaptées à une bonne prise en main (boulettes, bâtonnets par exemple) acheté. Nombre de personnes bénéficiant du manger main	 quotidien	2027 2027 - 2028 - 2029 - 2030	

6. PSYCHOSOCIAL

La prestation psycho-sociale en Humanitude s'appuie sur :

- Le respect inconditionnel de la personne, quels que soient ses troubles ou ses limitations.
- La reconnaissance de l'individu comme acteur de sa propre vie, avec ses désirs, son histoire et ses compétences résiduelles.
- L'importance du lien : relation humaine de qualité entre l'habitant, les proches et les professionnels.
- La prévention de la rupture : lutte contre l'isolement, la dépression et les syndromes de glissement.

Notre projet psychosocial combine une approche individuelle via le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) et une approche collective : vie sociale, prévention des Crises d'Agitation Pathologiques (CAP), ouverture vers l'extérieur.

6.1 Projet de vie sociale

Les objectifs sont :

- Préserver la vie relationnelle et culturelle des habitants à l'intérieur et à l'extérieur de la maison de retraite ou de la Résidence.
- Lutter contre l'isolement social et affectif.
- Maintenir les repères, les habitudes de vie et les rythmes personnels.
- Donner à chacun un rôle et une place dans la vie de la maison.

Le programme d'animation hebdomadaire affiché dans le hall principal et dans les ascenseurs, constitue un repère dans la vie quotidienne : il propose des activités régulières (chant, gym douce, jeux de société, ateliers mémoire, tricotage, mandalas, puzzles, lectures) et des temps ponctuels (intervenants extérieurs, fêtes, sorties culturelles, pique-niques). Les anniversaires des habitants sont célébrés tous les 2 mois.

Les habitants sont encouragés à participer selon leurs envies et possibilités. Les petites responsabilités (arroser les plantes, éplucher les pommes de terre, plier le linge, mettre à jour l'ardoise indiquant la date et la fête du jour) contribuent à renforcer l'estime de soi et le sentiment d'utilité.

Les liens avec les familles sont vivants : appels vidéo, mails, visites libres, fêtes inclusives.

La vie spirituelle, la liberté de culte et la personnalisation des chambres participent également à la construction d'un cadre de vie sécure, familier et respectueux de chacun.

Nous favorisons l'entraide : nous encourageons les habitants à s'aider mutuellement (ex. : un habitant aidant un autre à éplucher les pommes de terre, partager un moment de lecture, ou s'accompagner lors des déplacements). Cela renforce le lien social, le sentiment d'utilité et la confiance entre les habitants. Toutefois, nous expliquons que l'entraide ne doit pas aller au détriment de la sécurité, ne mettant personne en danger (par exemple, nous refusons qu'un habitant fragile ne porte une charge trop lourde, ou qu'il ne se mette en situation de chute en aidant un autre).

6.2 PAP

Le PAP constitue la pierre angulaire du projet psycho-social. Il vise à :

- Garantir un accompagnement individualisé, ajusté aux besoins et aux souhaits de la personne.
- Préserver l'autonomie physique, psychique et sociale.
- Favoriser la communication et la coordination interdisciplinaire.

Chaque PAP est élaboré à l'entrée puis réévalué régulièrement en concertation avec :

- L'habitant, acteur principal de son projet,
- La famille ou les proches,
- L'équipe pluridisciplinaire (service soins (IDE et AS référente), service animation, psychologue, service restauration, service lingerie, service entretien du logement, Jardin de Madou, coordination).

La psychologue joue un rôle clé dans ce processus : elle soutient l'expression des besoins émotionnels, accompagne les deuils et les transitions, et contribue à l'analyse des situations complexes. L'ensemble du personnel est formé à la philosophie Humanitude (regard, parole, toucher, verticalité), garantissant une communication bienveillante et sécurisante.

6.3 Projet de prévention et de gestion de Crise d'Agitation Pathologique (CAP)

Ce projet vise à prévenir et à mieux comprendre les comportements d'agitation ou de défense pouvant émerger chez certains habitants, en privilégiant l'écoute, la compréhension du vécu et la communication adaptée. Les situations sont analysées afin de trouver des solutions adaptées non pharmacologique en première intention.

Voici des exemples de CAP et de troubles psycho-comportementaux :

- Agitation ou agressivité (verbale ou physique) ou opposition.
- Repli sur soi ou refus de participer aux activités / dépression.
- Déambulations pathologiques en lien avec de la désorientation temporo-spatiale (errance, perte de repères).
- Troubles du comportement alimentaire (refus de s'alimenter).
- Hallucinations ou idées délirantes.
- Troubles moteurs aberrants
- Anxiété.

Ces comportements sont souvent liés à la maladie elle-même, mais peuvent aussi être déclenchés par :

- Un environnement inadapté (bruit, lumière, manque de repères).
- Une souffrance physique non exprimée (douleur, inconfort).
- Un besoin non comblé (soif, faim, envie d'aller aux toilettes).

- Un sentiment d'insécurité ou de perte de contrôle.

Nos approches pour faire face aux troubles du comportement sont les suivantes :

- Identification des déclencheurs des CAP et autres troubles du comportement
- Formation continue du personnel à la gestion des émotions, à la communication non violente et à la méthode Humanitude pour répondre par des solutions adaptées : capture sensorielle, repérage des déclencheurs de CAP, fondus enchaînés[22], actes gratuits (un temps donné pour échanger ou refaire un soin prévu).
- Mise en place de groupes d'analyse de pratiques et de temps de débriefing après des situations difficiles.
- Observation et accompagnement clinique par la psychologue et l'équipe soignante (examen psycho-clinique, bilan cognitif, utilisation de grilles NPI-ES, grille CAP à revoir).
- Collaboration avec les familles pour comprendre les antécédents et préférences de l'habitant
- En prévention, aménagement de l'environnement pour réduire les sources de stress (repères visuels, ambiance lumineuse, espaces apaisants) et activités sensorielles ; maintien des repères ; proposition d'activités stimulantes.
- Gestion non-médicamenteuse : écoute, réassurance, activités apaisantes (musicothérapie, toucher bienveillant).
- Visite trimestrielle de l'unité mobile de psychogériatrie du Bon Sauveur d'Alby.

6.4 Projet d'ouverture vers l'extérieur

Les objectifs sont :

- Maintenir le lien des habitants avec la vie locale.
- Développer les échanges intergénérationnels
- Valoriser l'image du grand âge et le rôle social des habitants.

Nos actions sont les suivantes :

- Partenariats éducatifs et associatifs, intergénérationnel et inclusifs : maison de retraite et résidence, crèches, écoles, collèges, centre de loisirs, comité des fêtes pour la fête de Lacaune le 15 août avec apéritif offert, venue d'une banda et défilé des majorettes "Les Amazones du Haut-Languedoc", associations culturelles, professionnels locaux (coiffeurs, esthéticiennes, podologue, réflexologue)
- Sorties inter-EHPAD et promenades locales (Maison de Payrac, événements communaux).

[22] La définition de "fondu enchaîné" est une combinaison simultanée d'un fondu et d'une ouverture en fondu, permettant une transition entre deux images ou sons. Cela crée une impression de croisement entre les deux éléments, souvent utilisé dans le ciné ma et la télévision pour améliorer l'expérience visuelle. Dans le cadre d'un outil en accompagnement Humanitude, il s'agit de clore un temps d'accompagnement en passant le relais ou en expliquant ce qui vient ensuite afin de ne pas laisser la personne dans le flou. Plus les fondus s'enchainent, moins il y aura d'angoisse. Par exemple, après l'accompagnement du temps d'hygiène, il sera dit à la personne ce qui vient après : « maintenant je vous accompagne en salle à manger où vous prendrez votre petit déjeuner ». A chaque instant on évoque le prochain.

- Interventions extérieures : artistes, musiciens, coiffeur, esthéticienne, professeur d'activité physique adaptée.
- Réseau de bénévoles riche : chant, tricot, association Etre-là, distribution de boissons, cultes, service évangélique des malades...

Par exemple, en 2025, les projets suivants ont été réalisés :

- Aménagement d'un jardin aromatique (tisanes, cuisine) à visée thérapeutique, sur une idée d'une habitante,
- Création de pêle-mêles photographiques réalisés par les habitants et décorant leur logement,
- Charte des Droits et Libertés présentée sous forme de jeu
- Sorties adaptées : promenades, visites des anciens lieux de travail, sorties culturelles
- Participation aux commissions (menus, animation), conseil de la vie sociale
- Participation à la Fête Interhepad à Montredon Labessonié
- Organisation de la Fête Interhepad à Lacaune sur la thématique de la Charcuterie avec la participation de la Confrérie des Maseliers des Monts de Lacaune
- Participation au Repas des Aînés le 4 juin 2025 offert par la mairie
- Reconduction du Programme "Un jour différent" depuis 2018 financé en partie par la Conf. des financeurs : invitation de personnes âgées à domicile, sur le territoire de Lacaune, Murat et Viane, à participer avec des habitants de la maison de retraite à des animations : yoga, karaoké, parcours santé, théâtre, cinéma, préventions…

Ces initiatives renforcent le sentiment d'appartenance à la communauté et ouvrent la maison de retraite et la Résidence sur leur environnement.

6.5 Conclusion et objectifs

★ Points forts	⚠ Points à surveiller / améliorer
• Recours aux mesures de contention faibles • Espaces variés (grande salle d'animation avec cuisine thérapeutique, salle cinéma, salle de fête, salon cheminée, salle de restaurant pour gymnastique douce, petits salons calmes, salle multisensorielle, chemin de promenade, parcours santé) • Programme « Un jour différent » : mixe résidents et personnes à domicile, ouverture vers l'extérieur • Amicale des résidents active, finance les animations • A la résidence, large diversité d'activités adaptées à un public plus jeune / dynamique / mobile • Enseignement APA une fois par semaine depuis 2024	• Absence d'animation alternative en cas d'absence de l'animatrice • Ressources : 0,8 Équivalent Temps Plein (ETP) animatrice principale + 0,2 ETP autre animatrice (dont 0,15 ETP dédiés à " Un jour différent ") • Sous-utilisation de certains espaces : besoin d'amener davantage l'animation vers les habitants

Le projet psycho-social constitue un levier essentiel du projet d'établissements : il fédère les équipes autour d'une même philosophie du soin et de la relation, où la bientraitance, la dignité et la qualité de vie guident chaque action.

Inscrit dans la démarche Humanitude, il s'appuie sur une vision globale de la personne âgée : une personne debout, pensante, désireuse de lien et pleinement actrice de sa vie jusqu'au bout.

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
Droits, libertés et participation des usagers	Faire participer les habitants au tri sélectif	Animation ou Accueil	Pesée des papiers récoltés dans les chambres. Pesée des poubelles ménage.			
	Désignation d'un habitant référent chargé de la mise à jour de l'ardoise du jour indiquant la date et la fête du jour.	Animation	Ardoise renseignée tous les jours.	quotidien		
Contribution au parcours et à la réponse des besoins territoriaux	Développer un réseau de bénévoles jeunes : renouveler les offres avec le SNU et le Service Civique Solidarité Seniors (SC2S)		Offres publiées. Nombre de Jeunes reçus.	annuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
Amélioration de l'efficience et du pilotage interne	Sensibiliser l'ensemble des professionnels à l'importance de l'animation afin d'aménager des moments d'échange avec les habitants, autres que ceux qu'ils ont lors	Direction Animation	Nombre d'animations réalisées par soignant par semaine	quotidien	2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	

	des aides aux actes de la vie quotidienne					
	Développer la mutualisation des animations maison de retraite/Résidence	Direction Animation Résidence	Nombre d'animations partagées par mois	mensuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Motiver les projets animation avec la fiche dédiée	Animation Jardin de Madou Résidence	Nombre de fiches renseignées. Nombre de fiches débouchant sur un projet accepté.	annuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
PREVENTION, QUALITE ET GESTION DES RISQUES	Développement d'un projet de musicothérapie	Animation Jardin de Madou Résidence	Activité régulière sur le temps d'un projet		2028	
	Protocole de gestion de crise (désescalade, réorientation)	Psychologue	Protocole écrit. Protocole suivi.	annuel	06/2026 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Projet Enseignement Activités Physiques Adaptées (APA) avec la maison de retraite	Direction	Activité hebdomadaire		2027	

7. Spécificités du Projet du JARDIN DE MADOU

Le Jardin de Madou est un lieu de vie protégé, conçu comme un espace de bientraitance pour 12 personnes accompagnées, porteuses de troubles neurocognitifs (TNC) et de troubles du comportement. Ici, chaque personne est reconnue dans sa singularité, son histoire et ses compétences. L'objectif est de restaurer la dignité, de favoriser l'autonomie et de créer du lien à travers une relation bienveillante et ajustée, dans un cadre sécurisant et respectueux.
Une charte des familles et des visiteurs, spécifique du Jardin Madou, est portée à la connaissance des proches de ses habitants et signée. Elle précise des règles de fonctionnement spécifiques, et rappelle que les conditions d'entrée ou de sortie pour habiter le Jardin de Madou sont particulières.

7.1 Un cadre de vie pensé pour la sécurité et l'épanouissement

L'unité offre 12 logements individuels, chacun doté d'une salle de bain. Chacun est invité à s'approprier son espace et y dépose ses repères familiers. Les pièces communes sont aménagées pour recréer une ambiance chaleureuse et rassurante, proche du domicile. Elles incluent une cuisine thérapeutique, une salle à manger, deux salons. L'un d'eux est spécialement dédié aux moments de repli ou aux rencontres intimes avec les proches, afin de préserver l'intimité et de répondre aux besoins de tranquillité. L'environnement est sécurisé et adapté aux rythmes et aux habitudes de vie de chacun, pour que chaque personne puisse se sentir en confiance et trouver sa place dans ce lieu de vie. Les poignées de porte sont équipées d'un dispositif de fermeture, empêchant une personne errante d'ouvrir une porte qu'elle ne devrait pas ouvrir.

7.2 Accompagnement basé sur l'autonomie et la dignité

L'équipe s'engage dans une démarche de soin relationnel. Elle mobilise les habitants autour des actes de la vie quotidienne (mise de table, ménage, préparation de repas, pliage de linge, etc.) qui sont des opportunités de lien et de maintien des capacités. Ils sont proposés sans précipitation, en s'appuyant sur les compétences résiduelles et en respectant le rythme de chacun. L'accompagnement à l'hygiène est réalisé avec douceur et respect, en privilégiant les techniques de toilette humanisée (toilette prescrite, fondus enchaînés, consolidation émotionnelle). Les captures sensorielles et les diversions sont utilisées pour apaiser les tensions et prévenir les crises.

Les journées sont rythmées par des activités adaptées et porteuses de sens : lecture, chansonnage avec une bénévole voisine de la maison de retraite, jardinage, gymnastique douce, pâtisserie, marche, ateliers mémoire, sorties, rencontres intergénérationnelles, etc. Chaque activité est choisie en fonction des goûts et des besoins de la personne, pour stimuler sans imposer, et favoriser la joie et l'échange.

7.3 Techniques non pharmacologiques et prévention des crises

L'approche Humanitude guide chaque geste : le regard qui rencontre, la parole qui rassure, le toucher qui apaise, et la verticalité qui redonne une place dans le monde. Les comportements difficiles sont compris comme des messages à décoder. L'équipe analyse les déclencheurs des crises d'agitation pathologique (CAP) pour ajuster son accompagnement et proposer des réponses non médicamenteuses.

Des temps de détente relationnelle et des moments de partage sont organisés pour renforcer la confiance et limiter l'isolement.

Par ailleurs, les Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP), sont revus à minima tous les 6 mois, pour ajuster les réponses aux évolutions de chaque personne, en co-construction avec elle et ses proches.

En conclusion, ce projet incarne une démarche résolument humaniste, où la bienveillance, l'écoute et le respect des rythmes permettent à chacun de vivre pleinement, malgré les troubles.

L'accompagnement par la présence d'AMP et d'ASG, leur permet de palier leur perte d'autonomie et d'indépendance par le biais de stimulations aux actes de la vie quotidienne. Ceci leur permet de maintenir le plus longtemps possible leurs capacités restantes afin de ralentir l'évolution inéluctable de leurs pathologies neurodégénératives. Cela permet aussi de les accompagner afin limiter les troubles psycho-comportementaux par l'usage de techniques non médicamenteuses : cadre rassurant, sécurisant avec un rythme de vie où les ruptures de rythmes sont accompagnées, le report de soin, les diversions… ; et des techniques médicamenteuses (lorsque les techniques non médicamenteuses ne suffisent pas). Ce type d'accompagnement proposé est privilégié tant que l'état de la personne le nécessite et tant qu'il est en adéquation avec son projet d'accompagnement personnalisé.

L'entrée et la sortie du secteur protégé sont soumises à des critères d'admission et réorientation établies par l'équipe de coordination et soumises à validation de la direction. Les objectifs sont : maintenir les capacités restantes, la gestion de trouble du comportement, le risque de fugue (errance liée à une désorientation temporo-spatiale), et la déambulation pathologique.

7.4 Conclusion et objectifs

★ Points forts	⚠ Points à surveiller / améliorer
• Cadre de vie très chaleureux sécurisant et sécurisé, à l'image d'un domicile • Utilisation des grilles d'admission et de réorientation • Adaptation au rythme de vie et des habitudes de chacun • Ateliers et sorties thérapeutiques variés • Place des familles	• Utilisation du chariot multisensoriel • Pratiquer les fondus enchaînés • Pratiquer les captures sensorielles • Analyser chaque CAP avec les outils Humanitude

Le Projet du Jardin de Madou allie sécurité, bienveillance et stimulation pour offrir une qualité de vie optimale à ses habitants. Veiller à la pratique systématique des techniques Humanitude et analyser chaque crise pour ajuster l'accompagnement doivent nous permettre d'être au plus près des besoins et des envies de chacun.

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
Contribution au parcours et à la réponse des besoins territoriaux	Accueil des formations aidants France Alzheimer à la maison de retraite	Psychologue / Animatrice / Jardin de Madou	Nombre de familles participantes qui accompagnent un proche à la maison de retraite. Nombre de familles participantes externes du territoire de Lacaune			
	Accueillir en urgence une personne dans le Jardin de Madou	Direction Entretien	Aménager la douche commune en chambre d'appoint			
Amélioration de l'efficience et du pilotage interne	Création d'une salle multisensorielle en réhabilitant la pièce du personnel, pour offrir des moments de détente relationnelle.	Entretien Jardin de Madou	Salle réaménagée. Taux d'utilisation par habitant. Fréquence d'utilisation.	2026 annuel	2026 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Proposer le manger-main pour conserver le plaisir de s'alimenter, manger : - tout en déambulant pour certains - sans couverts pour des personnes atteintes de troubles praxiques	RH Achats Jardin de Madou	Equipe Jardin de Madou formée. Matériel adapté à la fabrication des aliments sous formes adaptées à une bonne prise en main (boulettes, bâtonnets par exemple) acheté. Nombre de personnes bénéficiant du manger main	quotidien	2027 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Introduction de nouvelles activités thérapeutiques, telles que la médiation animale, les ateliers socio-esthétiques, les repas thérapeutiques, et des sorties individuelles ou collectives.	AMP	Nombre et fréquence de nouvelles activités		2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Diminuer les troubles du comportement nocturne	CODIR	Solliciter l'ARS pour un projet expérimental d'accompagnement nocturne sous forme de PASA de nuit		2027	
	Réassurance avec achat de : poupon, animal qui respire, couverture lestée	Jardin de Madou Achats	Fiche Projet animation complétée		2026	

8. Spécificités du Projet de la RÉSIDENCE

8.1 Les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap vieillissantes

8.1.1 Anticiper et humaniser les transitions de vie

Les adultes en situation de handicap vieillissants traversent des changements majeurs (fin de l'activité professionnelle éventuelle, vieillissement physique, modification du rythme de vie, changement de lieu de vie subi, etc.), qui peuvent générer des fragilités spécifiques. Ces transitions, souvent vécues comme des ruptures, nécessitent une attention particulière pour préserver leur équilibre et leur dignité.

Aussi, nous nous engageons à :

- Anticiper les besoins en collaboration avec les acteurs du domicile et des établissements d'amont, pour préparer ces transitions en douceur et éviter les ruptures brutales.
- Proposer des séjours d'accueil temporaire (préparation à une admission future, séjours de répit) et inviter les futurs habitants à des activités, afin de créer un lien de confiance avant leur arrivée.
- Privilégier une écoute active et une communication adaptée pour comprendre leurs craintes et leurs attentes, dans le respect de leur histoire et de leur singularité.

8.1.2 Un accompagnement sur mesure

Chaque personne vieillit différemment, surtout en situation de handicap psychique et mental. Nos réponses doivent donc être individualisées, évolutives et respectueuses de leur rythme et de leurs capacités.

Nos principes d'action sont :

- Créer un cadre de vie chaleureux et familial :
    - Impliquer les habitants dans les tâches quotidiennes (cuisine, jardinage, entretien du linge, entretien de leur logement, se rendre à la maison de retraite pour le chariot repas, avant et après les repas) pour maintenir leur sentiment d'utilité et leur autonomie.
    - Personnaliser les espaces (chambres, tous les lieux communs y compris les escaliers) pour qu'ils reflètent leur identité et leurs goûts.
- Adapter l'organisation aux rythmes individuels :
    - Respecter les cycles de veille/sommeil, alterner stimulation et repos, et proposer des activités signifiantes (artisanat, culture, socialisation).
    - Intégrer la dimension spirituelle : écouter, échanger sur des sujets profonds (vie, amour, mort) pour répondre à leurs besoins existentiels.
- Veiller à leur bien-être physique et sensoriel :
    - Alimentation et hydratation adaptées, surveillance des troubles, et soins bucco-dentaires et corporels attentifs.
    - Stimuler les sens (musique, textures, couleurs) pour préserver leur lien au monde.

- Utiliser les escaliers plutôt que l'ascenseur pour passer du premier étage au rez-de-chaussée.

- Garantir une pluridisciplinarité bienveillante :
  - Travailler avec des professionnels (psychologue, AMP, AES, AS, kiné, médecin, infirmier psy, podologue, IDE, pharmacien) pour un accompagnement global et cohérent.
  - Former les équipes aux spécificités du vieillissement et du handicap, avec une approche centrée sur la relation humaine.

8.2 Projet d'accompagnement

8.2.1 Valeurs et principes : la personne au centre, une approche Humanitude au service des parcours de vie

La Résidence s'inscrit comme un maillon bienveillant dans le parcours de vie des habitants, en :

- Respectant leur histoire et en anticipant leur avenir, notamment grâce à notre lien avec la maison de retraite pour des transitions fluides.
- Favorisant leur empowerment : les habitants sont acteurs de leur projet, de la pré-admission à l'accompagnement quotidien, pour préserver leur autonomie et leur estime de soi.

Citoyenneté et inclusion :

- À l'intérieur : participation aux règles de vie, au CVS, aux commissions (menus, animations), et co-construction de projets (logos du CIAS, nom des rues, boites aux lettres…).
- À l'extérieur : partenariats avec des associations, des écoles (projets intergénérationnels), et des structures culturelles pour maintenir leur place dans la société.

8.2.2 Accompagnement au quotidien : autonomie, prévention et continuité des parcours

- Intégration progressive :
  - Présenter les nouveaux habitants aux autres, créer des liens dès l'arrivée et par le biais des accueils temporaires, et s'appuyer sur leurs habitudes de vie pour faciliter leur adaptation.
  - Maintenir les liens familiaux et amicaux, essentiels à leur équilibre.

- Prévenir les risques de glissement :
  - Évaluer régulièrement leur autonomie et leurs besoins en santé, avec des professionnels libéraux, pour ajuster l'accompagnement.
  - Former les équipes (gérontologie, handicap, vigilance aux signes de fragilité) et réévaluer les projets personnalisés pour maintenir les équilibres psychiques fragiles.

- Anticiper les réorientations :

- Préparer en douceur les transitions vers d'autres structures (EHPAD, Foyer de vie), en organisant des temps communs (repas, animations) pour familiariser les résidents à leur futur environnement.

8.3 Projet social : une équipe engagée

Pour garantir un accompagnement de qualité, nous misons sur :

- Un encadrement suffisant et formé : AMP, ASH jour et veilleuse de nuit, psychologue, et coordinatrice pour une prise en charge pluridisciplinaire.
- La formation continue : modules sur la gérontologie, le handicap, et l'approche Humanitude (relation, respect, autonomie).
- Des partenariats renforcés avec les professionnels de santé libéraux pour répondre aux besoins croissants en soins.

8.4 Conclusion et objectifs

★ Points forts	⚠ Points à surveiller / améliorer
• Anticipation et préparation des transitions de vie • Accompagnement très individualisé • Environnement riche et stimulant • Vision pluridisciplinaire solide • Forte valorisation des droits, de la citoyenneté et de l'inclusion • Accompagnement du quotidien structuré et sécurisée • Parcours fluides et sécurisés	• Dépendance importante à la coordination externe • Charge importante pour les équipes en matière d'individualisation et prévention du glissement • Complexité organisationnelle liée à la pluridisciplinarité

Le projet de la Résidence présente une vision très humaniste, structurée et cohérente, centrée sur l'anticipation des transitions, l'individualisation de l'accompagnement, la richesse du cadre de vie et la pluridisciplinarité.
Les points de vigilance résident principalement dans la forte charge organisationnelle, la nécessité d'un engagement continu des équipes, et la dépendance aux partenariats externes pour maintenir la fluidité des parcours et l'inclusion.

Axes	Objectifs	Responsable	Indicateur de résultat	Fréquence	Date prévisionnelle	Date de réalisation
Droits, libertés et participation des usagers	Renforcer les partenariats extérieurs	Résidence	Nombre de partenariats actifs (associations, écoles, structures culturelles…) Nombre d'activités intergénérationnelles / an Satisfaction des partenaires externes (courte grille d'évaluation)	annuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
Amélioration de l'efficience et du pilotage interne	Renforcer la préparation des admissions et réorientations	Résidence	%de nouveaux habitants ayant bénéficié d'un séjour temporaire ou d'une visite immersive avant l'admission. Nombre d'échanges formalisés avec les acteurs du domicile ou les structures d'amont Satisfaction des habitants et des familels/tuteurs concernant la transition (enquête de satisfaction)	annuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Renforcer l'individualisation de l'accompagnement	Résidence	Nombre de propositions alternatives pour les habitants n'aimant pas les activités collectives	mensuel	2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030	
	Réassurance avec achat de : poupon, animal qui respire, couverture lestée	Résidence	Fiche Projet animation complétée	2026		
Prévention, qualité et gestion des risques	Prévention santé	Résidence	Suivi bucco-dentaire Suivi chutes Nombre de réévaluations des projets personnalisés après événement de santé % du personnel formé annuellement à la détection du glissement % des professionnels formés en gérontologie et handicap chaque année			

Annexes

Annexe 1 : Calendrier de l'écriture du Projet d'Établissements du CIAS (diagramme de Gantt) 84
Annexe 2 : Cartographie des processus 85
Annexe 3 : Plans 86
Annexe 4 : Liste des partenaires actuels 89
Annexe 5 : "Qu'est que le CVS diffusé aux habitants, familles et tuteurs ? " mars 2025 90
Annexe 6 : Plan de prévention des risques de maltraitance 94

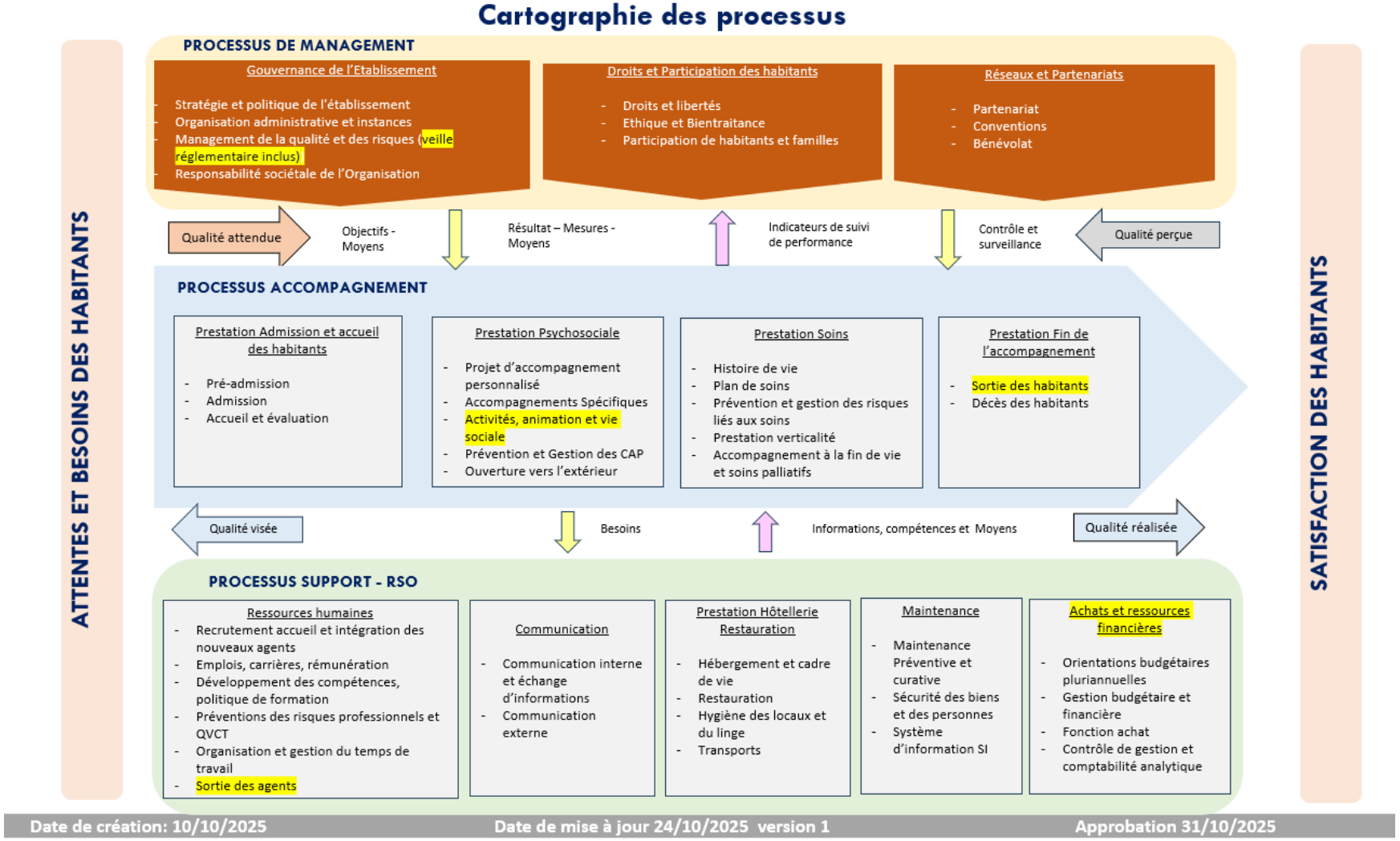
Centre Intercommunal d'Action Sociale

Annexe 1 : Calendrier de l'écriture du Projet d'Établissements du CIAS (diagramme de Gantt)

SUIVI DES ETAPES de Réactualisation des Projet d'établissements (PE)
CIAS de la CCHL

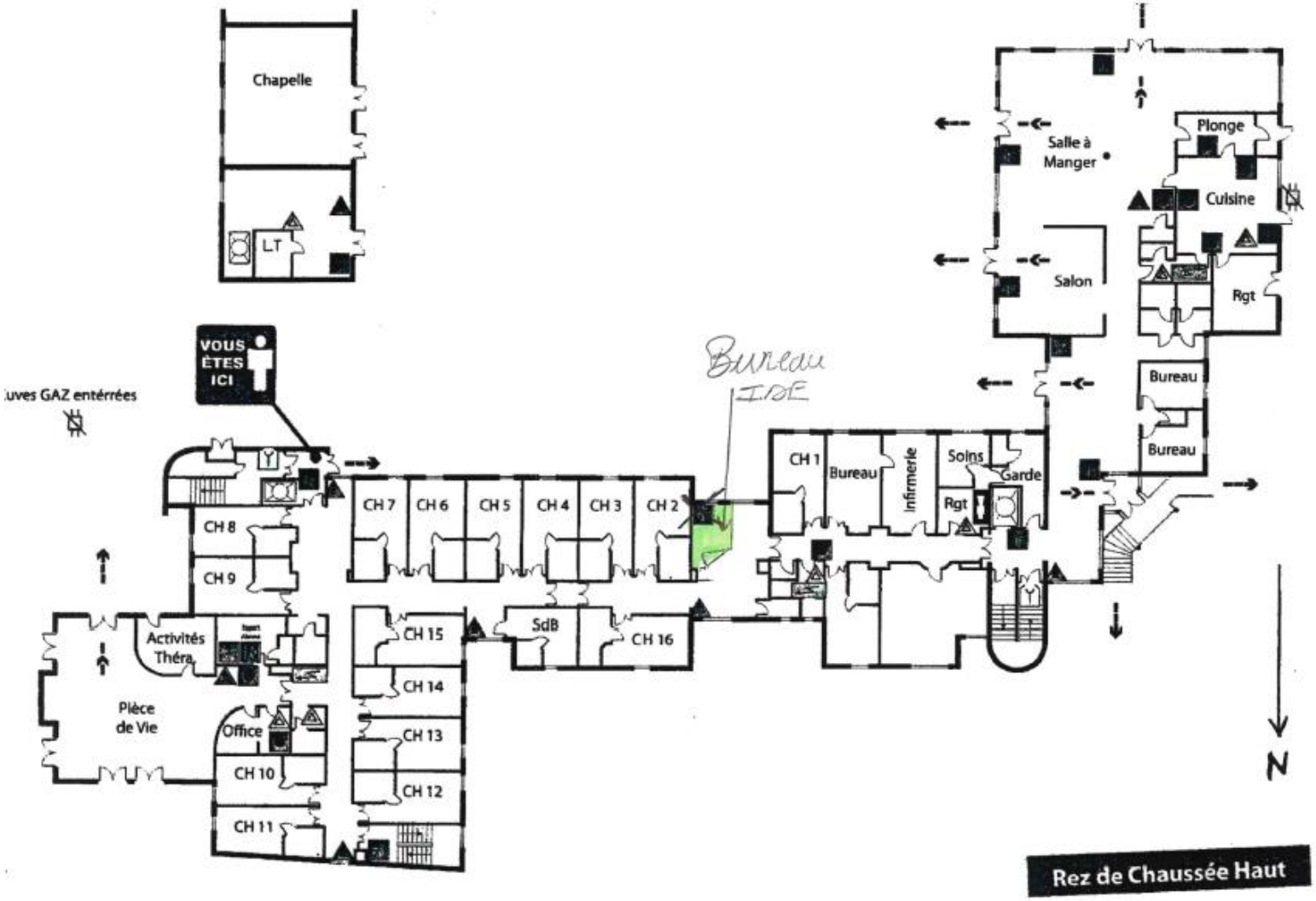
				2025							2026			2026 ...2029	2030
Thème	Tâches à réaliser	Responsable	Ressources	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	...	Déc		
Mettre en place un comité de pilotage	Analyser les enjeux propres à la structure	CA, Directeur	Codir												
	Organiser les processus	Directeur	Groupe de Pilotage												
	Proposer un échéancier	Directeur	Groupe de Pilotage												
	Choisir les thématiques à approfondir	Directeur	Groupe de Pilotage												
	Mobiliser les différents acteurs	Groupe de Pilotage	Codir, AS référents, AS, ASH, habitants, CVS, agents d'entretien, administratifs, bénévoles, partenaires, medco												
	Suivre l'ensemble de la démarche	Directeur	Groupe de Pilotage												
Réaliser les travaux préparatoires	Recueillir les données disponibles (CPOM, TdB, STS)	Directeur	Administratifs												
	Réaliser les analyses documentaires	Directeur	Groupe de Pilotage												
	Analyser les données disponibles	Directeur	Groupe de Pilotage												
	Réaliser des entretiens (Auto-évaluation)	Responsable qualité	AS, ASH, animatrice, agent d'entretien												
Mettre en place des groupes de travail	Choisir les thèmes de débat	Groupe de Pilotage													
	Organiser la composition du ou des groupes	Groupe de Pilotage													
	Formaliser la commande à l'égard du ou des groupes	Groupe de Pilotage													
	Organiser l'animation des groupes	Groupe de Pilotage													
	Organiser la diffusion des productions (navette équipe/CVS)	Directeur	Présidents des CVS												
Rédiger le projet	Choisir le rédacteur (en interne ou en externe)	Directeur													
	Intégrer les résultats des évaluations précédentes	Directeur	Responsable qualité												
	Intégrer les productions des groupes	Directeur	Responsable qualité												
	Ecrire les fiches actions	Responsable qualité													
	Intégrer les tableaux de bord	Responsable qualité													
	Organiser une navette avec le comité de pilotage/groupe(s) de travail	Responsable qualité													
Valider le projet	Organiser la présentation au CVS (ou autre instance de participation)	Directeur	Responsable qualité												
	Organiser la vérification technique par le comité de pilotage	Directeur	Groupe de Pilotage												
	Organiser la validation par les instances dirigeantes	Directeur													
Faire vivre le projet : communiquer puis évaluer	Editer le projet avec ses annexes	Responsable qualité													
	Editer une synthèse	Responsable qualité													
	Présenter le projet aux (nouveaux) intervenants	RH													
	Mettre en place le comité de suivi du projet, intégrer les résultats dans le rapport d'activité annuel	Directeur	Groupe de Pilotage												
	Réviser le projet, au moins à mi-parcours	Directeur	Groupe de Pilotage												
	Actualiser le projet au moins tous les 5 ans (bilan-évaluation, nouveaux objectifs)	Directeur	Groupe de Pilotage												
Evaluation 2026															
CPOM 2026															

Annexe 2 : Cartographie des processus



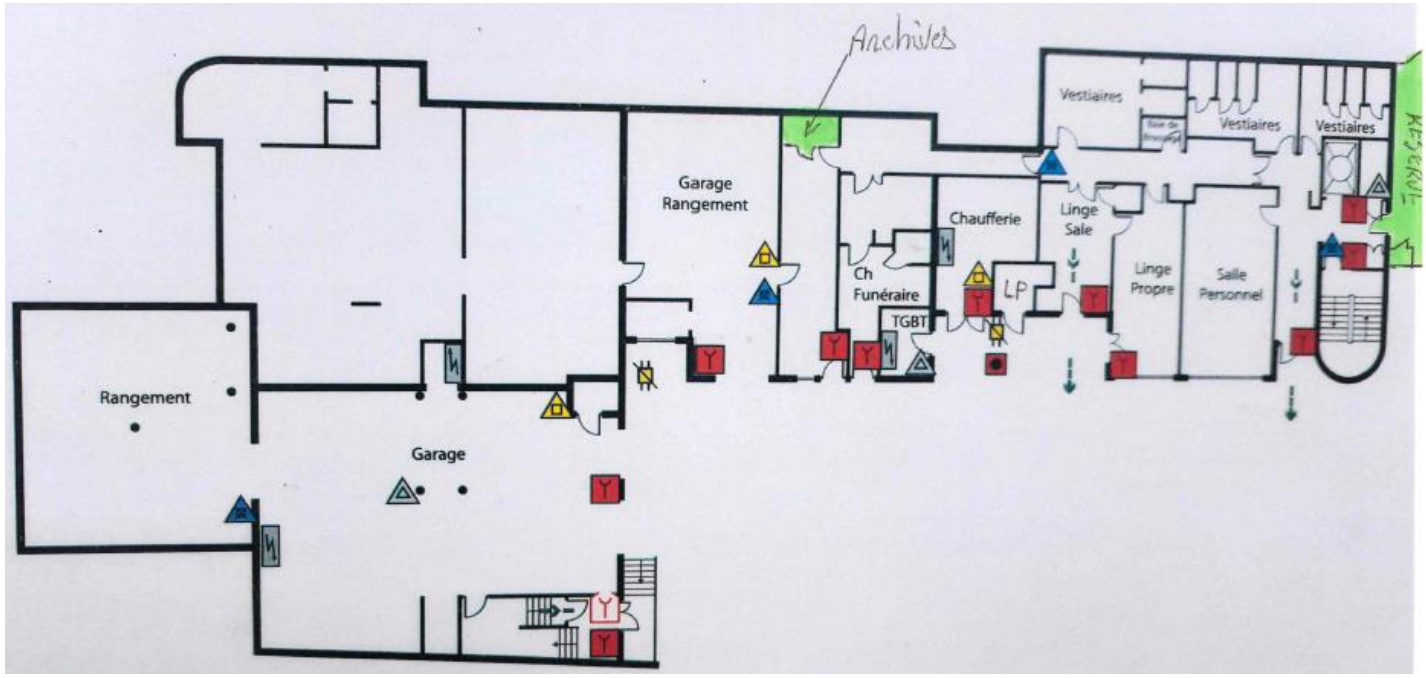
Annexe 3 : Plans

Maison de retraite Rez-de-chaussée haut

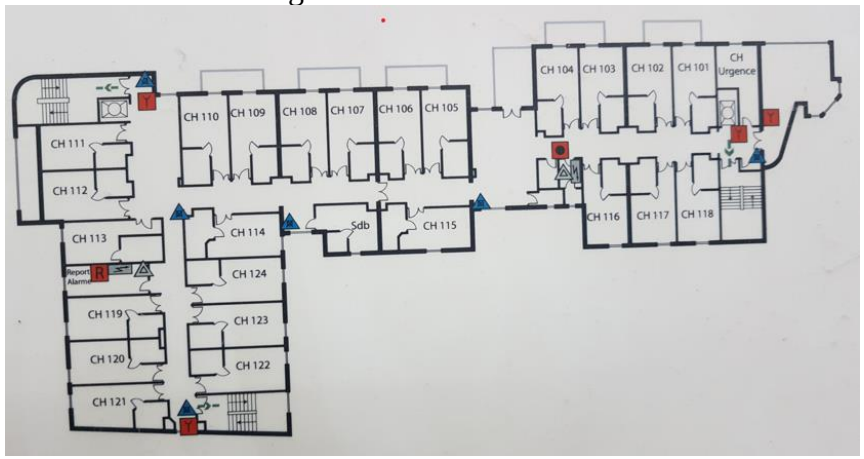


Centre Intercommunal d'Action Sociale

Maison de retraite Rez-de-chaussée bas

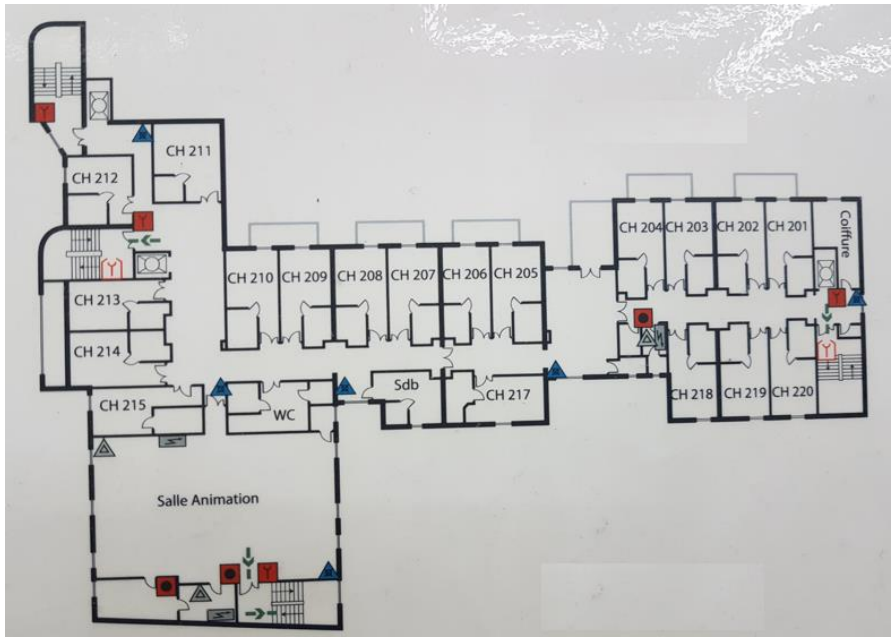


Maison de retraite Étage 1

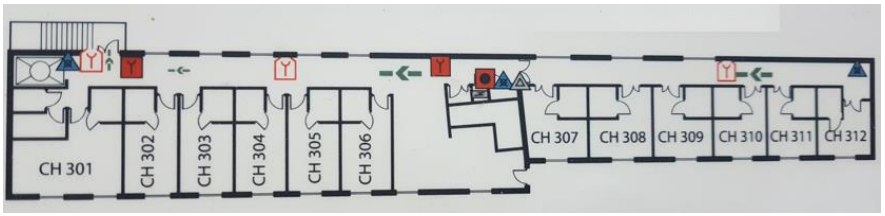


Annexes

Maison de retraite Étage 2



Maison de retraite Étage 3 : chambres 301 (chambre double) à 306) – Résidence Niveau 0 (chambres 307 à 312)



Rez-de-chaussée résidence



Résidence Niveau 1



Annexe 4 : Liste des partenaires actuels

MAISON DE RETRAITE et RÉSIDENCE

Date	Organisme	Objet de la convention	Concerne l'EHPAD	Concerne la Résidence
01/01/2025	APAJH - ESAT de Braconnac	Contrat de mise à disposition Travailleurs en situation de handicap Delphine LAU	x	
23/05/2025	ASP TARN	(accompagnement soutien présence)	x	
16/09/2025	Bénévolat - Mathiot Nathalie	Convention de bénévolat pour le service de boissons aux habitants	x	
20/06/2025	CCHL	Mise à disposition de 2 Minibus pour une durée de 7 jours	x	
25/02/2025	CDG 81	Convention de délégation de gestion - assurance des risques Statutaires	x	x
18/12/2024	CHIC CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CASTRES-MAZAN	soins en établissements et services sociaux et médico-sociaux - Equipe Mobile	x	
05/01/2025	CPTS Tarn Sud	Vaccination Pneumocoque	x	
03/07/2025	DAC81	Partenariat interprofessionnel permettant d'améliorer l'accès aux soins	x	
11/06/2025	DERMATOBUS	Intervention mobilie dermatologue - (cf mail)	x	x
	EMH			
	FNADEPA		x	
05/06/2024	FONDATION BON SAUVEUR D'ALBY	géronto-psychiatrique des résidents	x	
03/07/2025	FRITATRANS	Contrat de récupération des huiles de cuisson usagées	x	
01/07/2025	HUMANITUDE GRANS SUD	démarche Humanitude	x	x
	IDE Libérales Lacaune			x
23/12/2025	IMAS Imagerie Médicale Aveyron Sud - Saint Affrique	Radiologies	x	x
13/06/2025	LABORATOIRE EUROFINS	Convention pour biologie	x	x
16/05/2024	PAROISSE - ALRAN Françoise	Convention bénévolat Messe	x	
12/05/2025	Paroisse Saint Sauveur Lacaune	Convention de bénévolat	x	
26/11/2024	PHARMACIE MARCHAND - LACAUNE	Convention management Pharmaceutique des traitements médicaux	x	
02/01/2026	PHARMACIE MARCHAND - LACAUNE	PDA		x
02/08/2024	POLYCLINIQUE DU SIDOBRE CASTRES	Convention de coopération - Prise en charge en soins gériatriques	x	
09/07/2025	PROTESTANT	samedi 13 juillet	x	
01/12/2025	PROTESTANT	Visite prédicatrice	x	
03/12/2025	SIEL BLEU	JustinmovE (Accompagnement des salariés : mobilité durable et active)	x	x
11/02/2025	SNU	Convention d'engagement en mission d'intérêt général (MIG) SNU - ZANELLA Gloria	x	
	UDEPA		x	

Centre Intercommunal d'Action Sociale

Annexe 5 : "Qu'est que le CVS diffusé aux habitants, familles et tuteurs ? " mars 2025

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) : qu'est-ce que c'est ?

Le CIAS (Centre Intercommunal d'Action Social) gère deux établissements : l'EHPAD St Vincent de Paul et la Résidence Spécialisée St Vincent de Paul.

Le CVS de l'EHPAD est une instance élue par les habitants et les familles de l'EHPAD.
Le CVS de la Résidence Spécialisée est une instance élue par les habitants et les familles de la résidence.
Ils sont composés de représentants des habitants, des familles et du personnel de l'établissement.
Le CVS donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie... Son rôle est consultatif.
Le CVS a été créé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale afin de renforcer les droits des habitants des établissements médico-sociaux.
Le CVS favorise l'expression et la participation des habitants et de leur famille à la vie des établissements.
Le CVS se réunit au minimum 3 fois par an.
Les modalités de son fonctionnement sont détaillées dans le Règlement Intérieur du CVS. Le règlement intérieur du CVS est disponible à l'accueil de chaque établissement.
Le CVS est un lieu où l'on motive et favorise le dialogue pour améliorer la vie collective de chaque établissement au bénéfice de tous.
Les membres du CVS de l'EHPAD comme de la résidence ont été élus en 2024.

Les membres du CVS de l'EHPAD sont :

Représentants des habitants :
- M. Jean-Marc COLLAS, président du C.V.S.
- Mme Paulette BLAYAC,
- Mme Aline MOLINIER.

Représentants du personnel :
- Mme Emilie NEGRE,
- Mme Patricia VIALA.

Représentants des familles :
- Mme Myriam BASTIDE (myseba27@gmail.com)
- Mme Dominique SAUTEREL (04 67 23 65 44)

Représentants de la collectivité (Communauté des communes du Haut Languedoc) :
- Mme Isabelle CALVET (i.calvet05@orange.fr),
- Mme Anne-Lise SAUTEREL (anne.lsauterel@gmail.com).

Les membres du CVS de la résidence sont :

Représentants des habitants :
- Mme Gisèle LEVERNIER,
- Mme Sandrine MATHIEU.

Représentants du personnel :
- Mme Michèle JEAY,
- Mme Séverine SYLVAIN.

Représentants des familles :
- Mme Monique PLANES (mat.planes@free.fr)

Représentants de la collectivité (Communauté des communes des Monts de Lacaune et la Montagne du Haut Languedoc) :
- Mme Isabelle CALVET (i.calvet05@orange.fr)
- Mme Anne-Lise SAUTEREL (anne.lsauterel@gmail.com)

Invité représentants de la Mairie de Lacaune
- Mme STAVROPOULOS Marie Claude (mc.stavro@nordnet.fr)

La directrice ou son représentant participe aux réunions.
Le CVS peut inviter qui il souhaite à participer à une de ses réunions, à titre consultatif, en fonction de l'ordre du jour.
Peuvent demander à assister aux débats du CVS ou peuvent être invités :
- Un représentant du Conseil Départemental ;
- Un représentant de l'ARS ;
- Un représentant du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- Une personne qualifiée mentionnée à l'article L. 311-5 ;
- Le représentant du défenseur des droits.

Les représentants des habitants et des familles élus au CVS interviennent bénévolement.
Le CVS est consulté sur tout ce qui concerne la vie de l'établissement. Il rend des avis consultatifs. Il peut faire des propositions dans le but d'améliorer le quotidien des habitants.
Le CVS doit être informé des décisions prises à la suite de ses avis et propositions.
Les comptes rendus des réunions du CVS doivent être mis à la disposition de tous.

Quel rôle pour les représentants des habitants et des familles ?

- Faire le lien entre les habitants et familles et les différentes instances de l'Institution : Direction, équipe, et tout particulièrement au sein du CVS.
- Aborder les questions relatives au collectif, et non les problèmes personnels des uns ou des autres.
- Faire remonter, au nom des habitants et familles, les dysfonctionnements ou problèmes rencontrés dans la vie quotidienne, proposer des améliorations et des solutions, participer à la résolution des problèmes en "coproduction" avec les autres "acteurs" de la structure.
- Suggérer, proposer, au nom des habitants et familles, des projets, des animations, des questions à traiter...
- Faire circuler toute information concernant le CVS : affichage, courriers, réunions, etc.

Outre les missions qui lui incombe en tant que représentant des habitants, **le Président du CVS** est plus particulièrement chargé de :

- Convoquer les membres du CVS et préparer l'ordre du jour.
- Aller chercher de l'information pour appuyer des propositions.
- Préparer les réunions du CVS (ordre du jour...) en coopération avec la Direction, les équipes, les administrateurs.
- Informer et expliquer aux usagers ce qui a été discuté en CVS.
- Communiquer sur les suites données aux propositions débattues en CVS.

Quel rôle pour un représentant du personnel ?

- Faire connaître le cadre institutionnel : les structures et services, les fonctionnements, les circuits d'information et de décision, qui fait quoi ?...
- Inciter les équipes à informer les représentants des habitants et des familles de leur rôle, de leurs responsabilités, de leur domaine d'action et de ses limites et participer activement à cette information.
- Préparer les CVS en coopération avec les salariés, la Direction, ainsi qu'avec les représentants des habitants et des familles.
- Informer régulièrement les salariés des échanges, des demandes faites aux réunions de CVS, et susciter le débat sur les thèmes abordés.

Quel rôle pour le représentant de l'organisme gestionnaire ?

- Arbitrer les propositions faites par le CVS.

- Prioriser les actions en fonction des objectifs institutionnels et des moyens dont dispose le CIAS.
- La direction prend note des avis du CVS et informe des suites données aux propositions émises lors de la prochaine réunion.
- Informer les membres du CVS sur le suivi des actions décidées.

L'organisation d'une réunion du CVS.

- Communiquer :
  Un affichage interne indiquera la date du ou des prochains CVS. La date est communiquée à minima 15 jours avant la tenue de la réunion.
- Préparer l'ordre du jour :
  - Les représentants des familles et habitants et du personnel sollicitent les autres familles et habitants afin de collecter leurs remarques, leurs observations, et leurs idées. Ces points vont venir alimenter l'ordre du jour.
  - L'ordre du jour est présenté à la directrice puis diffusé à tous les membres du CVS 15 jours avant la tenue de la réunion.
- Organisation de la réunion :
  - L'ensemble des représentants échange sur les points prévus à l'ordre du jour et formule des avis sur les différents points abordés.
  - Selon les sujets, le représentant de l'organisme gestionnaire peut inviter des collaborateurs clefs de la résidence tel que le Chef de cuisine, la Responsable hôtellerie, la Psychologue...
- Rédaction du compte-rendu :
  - Il est rédigé par le secrétaire avec l'aide du représentant de l'organisme gestionnaire.
  - Il permet de communiquer sur les suites données aux propositions débattues en CVS.
  - Ce compte-rendu une fois validé par l'ensemble des représentants est signé par le président et la directrice.
  - Le procès-verbal est entériné à la séance suivante et est ensuite affiché au et adressé par mail.

Chaque année, la directrice ou le secrétaire rédigera un bilan annuel du suivi des décisions du CVS.

Annexe 6 : Plan de prévention des risques de maltraitance

PLAN DE PRÉVENTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE issu de la cartographie de la maltaitance réalisée en juillet 2025				
Risques	**Actions**	**Responsable**	**Date prévue**	**Date réalisée**
Absence de présentation des professionnels lors de l'arrivée du patient et durant son séjour	organigramme donné à l'admission avec couleur des tenues, badge ou nom sur les tenues + rappeler aux agents	RH, Qualiticienne	25/11/2025	15/12/2025
Consultation, soin ou discussion en présence d'un tiers sans autorisation :	Règles de confidentialité présentées en P20Q	Qualiticienne	30/11/2025	20/10/2025
Demander au médecin d'informer les habitants	moment individuel pour explications des traitements et des pathologies prévu avec la pharmacienne dans le cadre des bilans médicamentation	IDEC, MEDCO	31/12/2025	01/12/2025
Absence organisation, formation,... soins palliatifs, fin de vie	Revoir la procédure et achat matériel médical adapté	IDEC	31/12/2026	
	Former les nouveaux personnels	IDEC	31/12/2026	
	Renseigner lorsque refus de donner les directives anticipées	Psychologue, Accueil	31/12/2026	
Défaut d'adaptation à l'autonomie physique et psychique du patient	Revoir PAP pour répondre au mieux aux désirs des habitants (minimum 1an, avant si évolution), prendre en compte dans les organisations.	Psychologue	31/12/2026	
Environnement de vie	Rappel aux agents pas de bruit la nuit	IDEC	31/12/2026	
	Rappel aux agents luminosité faible la nuit			
	Rappel des règles et bonnes pratiques en cas de fortes chaleur/canicules (protocoles) et grand froid			
Communication (tu, infantilisation...)	Utiliser le compagnonnage pour se rendre compte	IDEC	31/12/2026	
Pour le respect de l'intimitité, Revoir les principes Humanitude, éviter les soins à 2		Psychologue	31/12/2026	
Gestes brusques ou déplacés : Revoir les principes Humanitude		Psychologue	31/12/2026	
Absence de la bientraitance dans le projet d'établissement et ses déclinaisons	L'inclure dans le nouveau Projet d'Etablissement 2026	Direction	31/12/2025	
Absence de projet de prestations complémentaires aux soins au sein de l'établissement :	Inclure des nouvelles prestations complémentaires dans le PE	Direction	31/12/2025	31/12/2025
Méconnaissance règlement intérieur	Le faire signer sous Qualineo	RH	31/03/2026	
Défaut de pilotage et de suivi du tableau de bord, absence d'indicateurs "Bientraitance" :	Choix des indicateurs et mise en place des suivis	Référent Bientraitance	31/12/2026	
Risques de maltraitance	Procédure EI à diffuser + garantir l'anonymat et la confidentialité du lanceur d'alerte	Qualiticienne	31/12/2025	31/12/2025
Absence d'évaluation continue des pratiques professionnelles	Mettre en place des audits sytématiques	CODIR	31/12/2026	
RPS	Préventeurs formés	RH	31/03/2026	
	Mettre en place des outils de repérage des signes de mal-être et/ou d'épuisement	préventeur	31/12/2026	
Augmentation de l'absentéisme (fréquence et/ou durée), turnover	Mettre en place des indicateurs pour le suivi RH + motiver équipe et développer l'esprit d'équipe	RH	31/12/2026	
Défaut de communication entre les professionnels	Renouveler formation transmission ciblée	RH	28/02/2026	
Glissement de fonctions, dévalorisation de certaines fonctions	Rappeler les tâches de chacun en utilisant fiches de postes et fiches de tâches	RH		
formation bientraitance	Référent formé et sensibilisations régulières	RH	31/12/2026	
Communiquer lors des changements d'organisation	Réunions	CODIR		
Manque de lisibilité et de respect du planning dans les délais réglementaires	Application d'aide au remplacement en test	IDEC	31/12/2025	30/112025

Liste des abréviations

ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie
AES	Accidents d'Exposition au Sang
ANAP	Agence NationAle de la Performance sanitaire et médico-sociale
ANACT	Action Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
APA	Activités Physiques Adaptées
ARACT	Action Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS	Agence Régionale de la Santé
ATC	Autorité de tarification et de contrôle
AS, AMP, AES	Aide-soignant
ASH	Agent de Service Hôtelier
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CCHL	Communauté de Communes du Haut-Languedoc (anciennement CCMLHL)
CD	Conseil Départemental
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CNRACL	Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales
CODIR	Comité de Direction
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CST	Comité Social Territorial
CDG81	Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Tarn
COS	Comité des Œuvres Sociales du CCHL
CNAS	Comité National d'Action Sociale
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DAC 81	Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC 81)
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EHPAD	Établissement pour Personnes Agées Dépendantes
EI	Événement Indésirable
ETP	Équivalent Temps Plein
ESMS	Établissement Social et Médico-Social
EMH	Equipe Mobile d'Hygiène
FALC	FAcile à Lire et à Comprendre
FNADEPA	Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et Services pour Personnes Agées
GED	Gestion Électronique Documentaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale des EHPAD Publics Territoriaux du Tarn
GEPP	Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels
Hautes Terres d'Oc	Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR), dit Pôle Territorial
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IDEC	Infirmière Diplômée d'État Coordonnatrice

OMéDIT	Observatoires des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PCA	Plan de Continuité d'Activité
PRA	Plan de Reprise d'Activité
PE	Projet d'Établissement(s)
PETR	Pôle d'Equilibre Territorial et Rural, dit Pôle Territorial
QVCT	Qualité de Vie et Conditions de Travail
RETEX	Retour d'expérience
RH	Ressources Humaines
RBPP	Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles du Médico-Social
RPS	Risques Psycho-Sociaux
RSO (RSE)	Responsabilité Sociétale des Organisations (Responsabilité Sociétale des Entreprises)
UDEPA 81	Union Départementale des Établissements pour Personnes Agées du Tarn
VSL	Véhicules Sanitaires Légers