

LE PRENDRE SOIN  
ESSENTIEL  
AU BIEN-ÊTRE  
DES SENIORS

PROJET

# MEDICAL

Edenis 2021-2025





# Sommaire

---

<b>01</b>	<b>INTRO</b> .....	P. 3
<b>02</b>	<b>Edenis EN CHIFFRES</b> .....	P. 4
<b>03</b>	<b>NOS AXES PRIORITAIRES</b> .....	P. 6
<b>04</b>	<b>NOS ACTIONS</b> .....	P. 7
	1/ Les fondamentaux gériatriques .....	P. 7
	2/ Notre réponse aux besoins .....	P. 13
	des populations spécifiques	
	3/ L'intégration à la filière gériatrie .....	P. 20
<b>05</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	P. 22
	L'Ehpad de demain	
	Lexique .....	P. 24

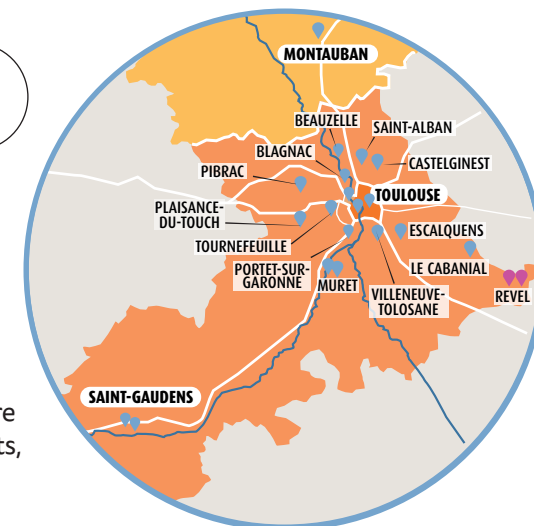


# 01

## INTRO

### Avec ce livret nous souhaitons partager avec vous

un digest de notre projet médical, afin d'améliorer notre connaissance mutuelle et notre collaboration au profit de vos patients, que sont nos résidents.



### Edenis est un groupe associatif à but non lucratif,

expert de l'accompagnement et du prendre soin des seniors.

Nous gérons 19 Ehpad sur le territoire (18 en Haute-Garonne et 1 dans le Tarn et Garonne). Depuis 2019 nous avons élargi notre activité aux résidences pour seniors.

### Notre projet médical et soins

dresse les grandes lignes de nos engagements pour un accompagnement de qualité des seniors. Il reprend les fondamentaux de la gériatrie et s'attache à apporter des réponses concrètes aux besoins des résidents et de leurs familles. Depuis le virage de la médicalisation de 2002 et l'avènement des Ehpad, le profil de nos résidents a considérablement évolué. Sans surprise, les personnes accueillies sont davantage dépendantes mais surtout nécessitent une surveillance médicale et des soins techniques plus importants. Cette mise à jour de notre projet tient compte de cette évolution. Il a été élaboré avec les professionnels de nos Ehpad.

### Travaillons ensemble.

En 2022 notre comité médical se transforme en commission médicale et intègre les professionnels libéraux que vous êtes (médecin traitant, kinésithérapeute, ergothérapeute...) pour nous aider à faire évoluer ce projet pour plus d'efficacité et de pragmatisme.

# 02

## EN CHIFFRES

Des données chiffrées pour mieux connaître notre activité :

### Chez Edenis



**19**  
Ehpad



**1 711**  
lits autorisés



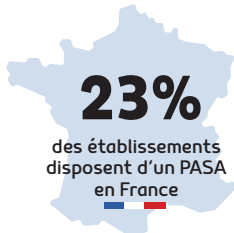
**85** lits  
Capacité moyenne  
d'accueil



**12**  
Unités  
de Vie Protégées



**3** PASA



### Des résidents de plus en plus âgés :



**87 ans**

âge moyen d'entrée  
en Ehpad Edenis

**30%**

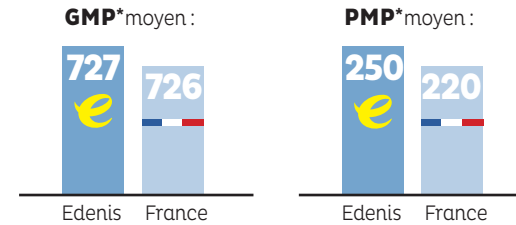
de nos résidents  
décèdent par an



**78 %**

des résidents de 80 ans  
ou plus sont des femmes,  
elles vivent plus souvent seules  
en Ehpad que les hommes

### Un niveau de dépendance qui se rapproche de plus en plus des USLD :



Source : Conseil Dépendance 2020

(validation officielle 2018) soit un bond de respectivement 20 points de GMP et 50 points de PMP depuis la dernière validation

\*Le GMP est le GIR moyen pondéré et représente la dépendance moyenne des résidents accueillis,

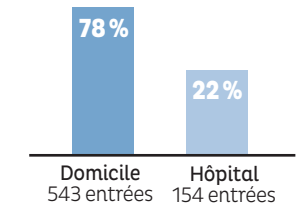
\*Le PMP (Pathos Moyen Pondéré) représente la charge moyenne en soin : suivi médical, paramédical interne et externe.

### Top 10 des pathologies en Ehpad

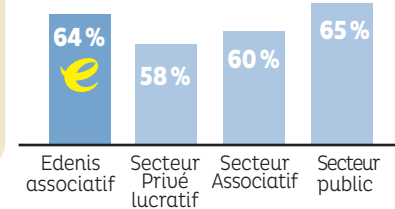
	EHPAD (%)	USLD (%)*
- Syndrome démentiel	65,90	72,3
- Hypertension artérielle	61,50	58,1
- Troubles chroniques du comportement	55,00	57,1
- Syndromes abdominaux	51,50	68,8
- Syndromes digestifs hauts	39,90	52,9
- États dépressifs	39,00	38
- État grabataire, troubles de la marche	38,20	56,4
- Dénutrition	36,70	60,1
- Incontinence	36,30	54,9
- États anxieux	35,00	35,6

\*Unité de soins de longue durée

### Lieu de provenance du résident en 2021 :



### Taux moyen d'encadrement :



### Les professionnels en Ehpad :

#### L'équipe médicale et de soins de l'Ehpad :



#### Les intervenants médicaux extérieurs :

- Médecin généraliste
- Gériatre en téléconsultation
- Spécialiste des troubles trophiques DOMOplaie en télémedecine

#### Les intervenants paramédicaux extérieurs :

- Kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Orthophoniste

## 03

## NOS AXES PRIORITAIRES

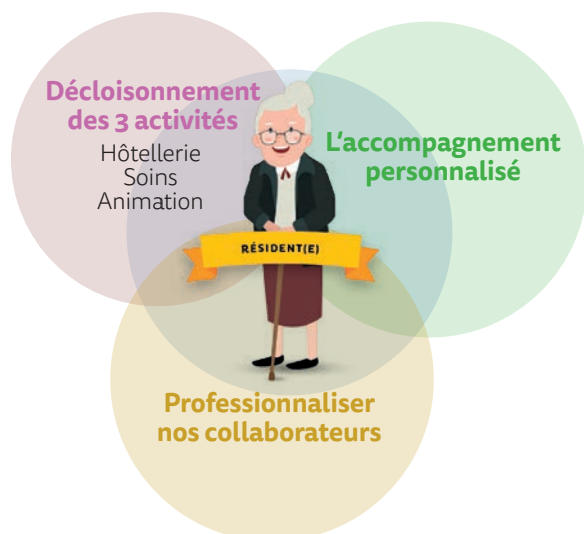
## Un projet médical pour un Ehpad en pleine évolution :

La crise sanitaire a été un terrain d'expérimentation de nos compétences, des rôles de chacun, de notre organisation... Elle nous amène à des remises en question et des transformations de notre prise en charge. La médicalisation de nos Ehpad a considérablement augmenté.

Aussi notre enjeu pour demain est d'accroître notre niveau d'expertise et de prise en charge pour répondre aux besoins des nouveaux résidents, polyopathologiques, grands dépendants...

Cette mutation nous amène à nous projeter vers l'Ehpad de demain.

**Nous travaillons sur 3 axes** imbriqués dans toutes nos actions pour une prise en soin qui a du sens :



## 04

## NOS ACTIONS

## 1 Les fondamentaux gériatriques

Améliorer les prises en soins gériatriques pour maintenir l'autonomie et s'adapter à l'évolution des besoins.

Prévenir et prendre en charge **le risque de chute** et la **perte d'autonomie motrice**

> Le risque de chute est souvent un motif d'admission en Ehpad qui n'a pas la prétention d'éviter toutes les chutes mais le devoir d'en dépister le risque et de mettre en place des actions de prévention primaire et secondaire.



## Nos interactions avec vous :

- Retour sur les évaluations et discussion sur les actions autour des soins kinés, de bilans complémentaires éventuels, de révisions thérapeutiques éventuelles.
- Nous avons besoin de la traçabilité de vos consultations et des interventions des kinésithérapeutes car nous sommes les premiers sollicités par les familles.



## Nos objectifs à 5 ans :

- ✓ Améliorer la coordination entre les professionnels de rééducation/réadaptation pour aboutir à une équipe, dédiée à la prévention de la perte d'autonomie motrice et accompagnée par un kiné coordonnateur mutualisé.
- ✓ Augmenter les temps de présence ergothérapeutes et psychomotriciens.
- ✓ Déployer des dispositifs « d'alerte chute » performants.



## Que faisons-nous ?

- ✗ Une évaluation systématique du risque de chute à l'admission par les experts de la rééducation / réadaptation au moyen d'outils validés.
- ✗ Mise en place d'équipements adaptés prescrits par un ergothérapeute.
- ✗ Une analyse systématique des chutes avec des propositions d'action à type d'aménagements des lieux de vie, d'équipements, de soins de kinésithérapie, participation à des ateliers équilibre.



## Prévenir et prendre en charge **la dénutrition et la déshydratation**

> La majorité de nos résidents présente un risque de dénutrition soit au décours d'un épisode aigu à l'origine de leur admission en Ehpad soit lié à la perte d'autonomie à domicile. La dénutrition favorise les chutes, la perte d'autonomie et majore les risques infectieux. Pour cette raison les régimes restrictifs, en dehors des dialyses, sont abolis en Ehpad. La restauration est réalisée sur place par notre partenaire Acsent du Sud-Ouest. Elle privilégie les circuits courts et les produits frais.

### Nos interactions avec vous :

- Le médecin coordonnateur partage l'évaluation du risque nutritionnel et les actions mises en place.
- Il peut vous solliciter lorsqu'un bilan somatique et/ou biologique lui semble nécessaire ou que la prescription de CNO devient nécessaire.



### Que faisons-nous ?

- ✕ Les résidents sont pesés dans la semaine qui suit leur arrivée et leur IMC calculé. La surveillance pondérale se fera ensuite *a minima* tous les mois. Le médecin coordonnateur réalise l'analyse individuelle et collective de l'état nutritionnel mensuellement, puis la partage avec les soignants et l'équipe de restauration.
- ✕ Le médecin coordonnateur met en place les modalités de surveillance ainsi que les enrichissements naturels avec les chefs cuisiniers qu'il aura sensibilisé à l'impact du statut nutritionnel sur l'état de santé des personnes âgées. Cette prise en charge nutritionnelle n'est pas exclusivement l'affaire des soignants, mais aussi celle de la restauration et du service en salle. Cette coordination entre soin et restauration doit encore s'améliorer et se fluidifier.

## Nos objectifs à 5 ans :

- ✓ Construire une offre « d'alimentation plaisir » dédiée aux résidents en soins palliatifs.
- ✓ Améliorer le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition en évaluant le bénéfice d'une texture modifiée/majoration de la dénutrition et une dégradation de la qualité de vie.
- ✓ Améliorer les soins bucco dentaires .
- ✓ Définir une nouvelle offre alimentaire pour limiter le gaspillage tout en répondant au respect de l'équilibre alimentaire et aux goûts des résidents.

## Prévenir et prendre en charge **le risque infectieux**

> La pandémie de COVID 19 sans précédent de par son ampleur mondiale et ses répercussions sanitaires et économiques a frappé de plein fouet les Ehpad. Cette pandémie nous a amenés à nous adapter et à innover au travers de nouveaux dispositifs organisationnels (sectorisation, logistique) ; dispositifs de formations et d'actualisation de procédures. Nous devons capitaliser cette expérience, afin de réactiver certains de ces dispositifs si nécessaire.

- > En dehors de la crise sanitaire COVID le risque infectieux peut se décomposer en :
  - Risques épidémiques IRA, GEA, Gale pour lesquels Edenis a mis en place des outils de gestion dans son référentiel, réactualisés à chaque fois que nécessaire.
  - Risques liés aux BMR
  - Risques AES
  - TIAC
  - Prévention Légionellose.



### Que faisons-nous ?

- ✕ Nous formons nos salariés aux mesures d'hygiène standard comme renforcées en fonction de la nature de l'infection.
- ✕ Nous respectons les normes HACCP (restauration) et RABC (hygiène du linge).
- ✕ Depuis 2012 nous évaluons chaque année notre maîtrise du risque infectieux et en partageons le résultat avec le CPIAS. Il est circonscrit par des actions de formation. Nous vaccinons nos salariés volontaires au sein de l'Ehpad contre la grippe pour protéger les résidents.
- ✕ Dès qu'une épidémie d'IRA ou de GEA survient nous mettons en place des mesures d'isolement et de suivi de l'épidémie, en lien avec l'ARS.

## Nos Objectifs à 5 ans

- ✓ Comme dans sa dynamique de formation de ses salariés soignants et non soignants, Edenis souhaite poursuivre la sensibilisation de tous les intervenants et visiteurs en Ehpad, à la nécessité d'une action commune et responsable de prévention des pathologies infectieuses dans une population fragilisée.

## Prévenir et prendre en charge **la douleur**

> La douleur est très souvent présente de façon chronique, parfois de façon aiguë dans un contexte de soins palliatifs ou de pathologie aiguë.

### Nos interactions avec vous :

- Vous êtes le médecin référent de votre patient, et vous êtes systématiquement consulté sur le recours aux réseaux de soins palliatifs ou l'HAD.
- Vous pouvez consulter les évaluations dans notre logiciel soins .
- Certains de nos médecins coordonnateurs ont un DU en soins palliatifs et peuvent intervenir en conseil auprès de leurs confrères.



## Que faisons-nous ?

- ✗ Une toilette évaluative a lieu dans la première semaine suivant l'admission, elle est l'occasion d'évaluer l'autonomie, le comportement et la présence éventuelle d'une douleur.
- ✗ Des outils d'évaluation de la douleur, à la fois pour les résidents communicants et non communicants sont à disposition des soignants. Des formations pour leur utilisation ont lieu annuellement.
- ✗ Edenis a développé un partenariat efficace avec le réseau de soins palliatifs « RELIENCE » et « PALLIADOL » ainsi que les HAD « Santé Relai domicile » et « HAD Pasteur ». Nos Ehpad sollicitent ces organismes lorsque des symptômes inconfortables et particulièrement la douleur sont présents.
- ✗ Une IDE de garde ou d'astreinte la nuit peut réaliser des interdoses ou gérer une pompe à morphine si nécessaire.



## Nos Objectifs à 5 ans

- ✓ Il semble nécessaire de faire évoluer nos outils et de développer une culture de prise en soins de la douleur, quels que soient les résidents (communicants et non communicants), afin de proposer des solutions non médicamenteuses participant au soulagement des douleurs et d'accompagner nos soignants dans la mise en place d'une réelle démarche de soins dépassant la simple évaluation. La recherche de nouveaux partenariats et des actions de formations internes/externes sont donc indispensables.
- ✓ Le réseau « Interclud d'Occitanie » aide à la définition d'une politique de soins en matière de prise en charge de la douleur ainsi qu'à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine. Il intervient également comme conseil lors de prise en charge difficile.
- ✓ Nos Ehpad Edenis signeront une convention avec ce réseau « Interclud » afin d'en faire bénéficier leurs équipes et leurs résidents.

## Prévenir et prendre en charge **la dépression, la souffrance psychique** et accueillir des résidents au profil psychiatrique ancien

- > Le syndrome dépressif est souvent présent chez nos résidents, sans pour autant relever systématiquement d'une prise en charge thérapeutique.
- > Le risque suicidaire s'il est peu fréquent ne peut être négligé. Un suicide par an survient en moyenne, un événement qui reste traumatisant pour les familles et nos équipes.

> Les sujets psychiatriques chroniques vieillissent et intègrent de plus en plus souvent un Ehpad lorsque leur perte d'autonomie (pas toujours liée à leur pathologie psychiatrique chronique) ne leur permet plus de rester au domicile.

> Si ce public présente les mêmes risques gériatriques que la population générale, il est nécessaire de nous former car la gestion médicamenteuse des symptômes psychotiques est extrêmement différente de la gestion des TPC dans le cadre d'une MND.

> Les structures mobiles, avec lesquelles Edenis a conventionné pour un suivi rapproché de certains résidents, rencontrent des difficultés à atteindre ces objectifs en raison de contraintes de territoire ou de difficultés de recrutement. Certains psychologues ont bénéficié d'une formation sur la prévention du risque suicidaire financée et organisée par l'ARS. >>>



## Nos interactions avec vous :

- Il est important de connaître les antécédents psychiatriques du résident ainsi que le nom du psychiatre l'ayant suivi pour avoir les meilleurs suivi et approche thérapeutiques possibles.
- Nous avons besoin de votre appui lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. Concernant la population des patients psychiatriques vieillissants, leurs besoins sont à ce jour mal appréhendés par les Ehpad. Lorsque ces patients présentent des troubles du comportement, soit directement liés à leur pathologie soit en rapport à une démence surajoutée, l'admission dans une UP où vivent des résidents plus âgés et au profil très différent, n'est pas souhaitable car à risque pour le résident de l'UP et non respectueux du patient psychiatrique vieillissant.

## Que faisons-nous ?

- ✗ Une évaluation des troubles de l'humeur est réalisée dans les semaines qui suivent l'admission par la psychologue, si un syndrome dépressif est présent ou un risque suicidaire repéré. Le médecin traitant en est informé par la psychologue.
- ✗ Une évaluation du risque suicidaire est réalisée aussi souvent que nécessaire par les psychologues. Si le risque est présent, le médecin traitant et la famille sont aussitôt alertés, afin de mettre en place dès que possible les mesures adaptées.

## Nos objectifs à 5 ans



- ✓ Edenis doit se rapprocher des structures de psychogériatrie pour envisager une prise en charge spécifique adaptée et mieux appréhender la gestion médicamenteuse de ces résidents, très différente de celle de nos résidents « habituels ».
- ✓ Nous devons poursuivre la formation de nos psychologues, aux risques suicidaires.

## 2 Notre réponse aux besoins des populations spécifiques

Améliorer l'accompagnement et la prise en soins des résidents atteints de la **maladie d'Alzheimer** ou **maladies apparentées** (hors UP ou PASA)

- > Le taux moyen de résidents atteints de troubles cognitifs toute origine confondue se situe aux environs de 60 à 70 %. La très grande majorité vive au sein des unités ouvertes car ne présente pas de troubles psycho comportementaux nécessitant une entrée en Unité Protégée. Cependant nous devons avoir une vigilance particulière pour tenter de préserver les capacités cognitives, repérer une dégradation et / ou la survenue de TPC qui nécessitent une adaptation thérapeutique ou un transfert en UP. Enfin aider les familles à accepter et accompagner leur parent au mieux, est également capital. >>>





### Que faisons-nous ?

- ✗ Dans le mois qui suit l'admission du résident, le psychologue réalise la passation d'un MMS et d'un NPIES si nécessaire.
- ✗ Un bilan initial et un suivi peuvent être proposés par le centre gériatrique de proximité (Gérontopôle, Hôpital de Muret...).
- ✗ Le recours à la télémédecine et téléexpertise est toujours envisagé avec ces mêmes structures.
- ✗ Les thérapies non médicamenteuses ont été mises en place avec succès : art-thérapie, musicothérapie, médiation animale, sophrologie...



### Nos interactions avec vous :

- Le médecin coordonnateur ou la psychologue vous informe dans le cas où les troubles ne sont pas connus afin d'envisager une démarche diagnostique.
- Lorsqu'un transfert en Unité Protégée est nécessaire vous êtes consulté.



### Nos objectifs à 5 ans

- ✓ À ce jour il n'y a plus d'appels à projet pour l'ouverture d'un PASA. Nous devons envisager des accompagnements qui s'en rapprochent.
- ✓ Développement de la télémédecine et du recours aux équipes mobiles du Gérontopôle.
- ✓ Étendre la formation ASG pour nos AS.
- ✓ Poursuivre le déploiement des thérapies non médicamenteuses

### Améliorer l'accompagnement et la prise en soin des grands dépendants

> Le nombre de « grands dépendants » (GIR 1 et 2) dans nos Ehpad a nettement augmenté ces dernières années en raison du développement des aides à domicile, retardant l'admission en Ehpad des personnes âgées. Si l'espérance de vie a augmenté, son évolution sans incapacité est moins favorable. En France, on vit plus « vieux » que dans les autres pays européens mais en moins bonne santé.



Sexe masculin				
Année	Espérance de vie (EV)	EV sans limitation	EV sans comorbidité	EV en bonne santé perçue
2005	16,67	8,54	7,15	5,59
2006	17,07	8,74	7,21	5,80
2007	17,20	8,74	7,37	6,11
2008	17,39	8,31	7,08	6,60
2009	17,57	8,42	7,26	6,74
2010	17,79	8,71	6,87	7,09
2011*	17,96	8,78	7,19	7,09

Sexe féminin				
Année	Espérance de vie (EV)	EV sans limitation	EV sans comorbidité	EV en bonne santé perçue
2005	20,24	8,85	7,83	5,44
2006	20,68	8,96	8,02	5,85
2007	20,79	8,92	8,29	6,14
2008	20,90	8,52	7,86	6,48
2009	21,12	8,41	7,96	6,59
2010	21,32	8,99	7,57	7,46
2011*	21,39	8,61	7,98	6,99

Répartition par GIR en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD)

GIR	1	2	3	4	5	6	Total
EHPAD	99057	190826	82218	86259	18606	11901	488867
	20,20%	39%	16,80%	17,60%	3,80%	2,40%	
USLD	3242	3870	815	568	73	51	8619
	37,60%	44,90%	9,40%	6,60%	0,80%	0,60%	

Données issues des GIR et Pathos EHPAD et USLD de 2015 à 2019 incluse 488867 résidents d'Ehpad et 8619 résidents d'USLD. En chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles, le nombre de résidents d'Ehpad en GIR 1 et 2 s'établit à 347 839 versus 25 895 en USLD.

### Que faisons-nous ?

- ✗ À chaque fois que possible nous créons un espace dédié à la prise alimentaire et aux activités propres aux grands dépendants.
- ✗ Nous formons les salariés au soin relationnel.
- ✗ Nous accompagnons les familles pour leur permettre de retrouver un nouveau mode de communication avec leur parent au travers des soins relationnels.
- ✗ Nous adaptons nos équipements et nos organisations pour répondre le plus possible aux besoins spécifiques du grand dépendant (acoustique, horaires repas, rails...).



## Le projet spécifique des **Unités Protégées**

> Les Unités Protégées accueillent des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée avec des troubles du comportement perturbateurs, rendant la vie en collectivité dans les unités « classiques » impossible. Ces comportements peuvent être contenus par un accompagnement adapté, avec des équipes dédiées et formées, sachant réagir de façon adéquate. Ces unités de petite taille favorisent les repères et l'autonomie en toute sécurité.

### Que faisons-nous ?

- ✗ Tous les résidents d'Unité Protégée doivent avoir une réévaluation de leur projet personnalisé, 2 fois par an, précédée d'une réévaluation cognitive et des TPC.
- ✗ Nous réalisons une charte de fonctionnement des UP qui explique aux familles les critères d'entrée et de sortie de l'unité protégée. En effet l'entrée en UP peut être difficile mais la sortie est souvent plus problématique et peut être vécue par la famille comme un abandon.
- ✗ L'ensemble des personnels intervenants dans ces unités bénéficiera d'une formation annuelle sur « la démence de type Alzheimer et apparentés » ainsi que sur « les TPC ». Une AS au minimum aura la formation ASG.
- ✗ Chaque semaine une réunion de service UP est organisée. Elle associe le médecin coordonnateur, la psychologue, l'IDEC et les salariés présents, pour faire le point sur les résidents et leur prise en charge.
- ✗ Un programme d'activités thérapeutiques est établi conjointement par l'animatrice et la psychologue, faisant intervenir les AS/AMP et des intervenants extérieurs. Ce programme est élaboré, tracé et évalué.
- ✗ Les établissements ayant une unité protégée doivent élaborer un projet spécifique à cette unité.

### Nos interactions avec vous :

- Nous avons besoin de votre validation de l'admission/transfert en UP mais également de la sortie de celle-ci, le plus souvent lorsque l'état de santé du résident s'est dégradé et qu'il devient risqué de le laisser exposé aux troubles psycho comportementaux des autres résidents. Le plus souvent lors de sa sortie, il est orienté vers un accompagnement de type grand dépendant.

### Nos objectifs à 5 ans :



- ✓ Être en capacité d'avoir une ASG dans chaque UP.
- ✓ Développer un partenariat avec France Alzheimer.
- ✓ Mettre en place des réunions familles/UP qui seront l'occasion d'aborder le fonctionnement de l'Unité et la place de chaque intervenant, y compris des thérapies non médicamenteuses.
- ✓ Mettre en place un suivi spécifique des salariés des UP.

### Organiser **les soins palliatifs** et l'accompagnement **de fin de vie**



> En France plus de 150 000 résidents décèdent chaque année en Ehpad. Dans trois-quarts des situations le décès survient au sein même de l'établissement et un quart à l'hôpital.

30 % de nos résidents décèdent chaque année, dont 82 % en résidence. Si l'Ehpad est un lieu de vie, il est aussi pour une majorité des résidents leur dernier.

Accompagner la fin de vie concerne autant les résidents, leurs proches que les professionnels.

La prise en charge palliative et la gestion de la fin de vie bénéficient : d'une sensibilité accrue de l'ensemble des acteurs impliqués, de l'intervention des réseaux spécialisés, d'une formation des salariés. >>>

## Nos interactions avec vous :

- Nous vous alertons lorsque les équipes ont le sentiment qu'une prise en charge palliative devient nécessaire.
- Les prescriptions anticipées permettent aux résidents, familles et IDE d'être rassurés sur la prise en compte et le soulagement des symptômes inconfortables éventuels.
- Communication des directives anticipées, qu'elles aient été exprimées auprès de vous Médecin traitant avant l'admission ou depuis l'entrée en Ehpad.

## Que faisons-nous ?

- ✕ Chaque établissement a signé une convention avec le réseau de soins palliatifs « RELIENCE » dans le 31 et « PALLIADOL » dans le 82.
- ✕ La décision d'une prise en charge de type palliative est collégiale, entérinée par le médecin traitant et partagée avec le résident lorsqu'il est en capacité de l'entendre et/ou sa famille. La stratégie d'accompagnement est élaborée en respectant les souhaits du résident lorsqu'ils ont pu être recueillis dans un objectif de confort de fin de vie.

## Accompagnement du handicap vieillissant



> Les personnes qui présentent un handicap psychique/mental ont une espérance de vie qui s'est allongée. Ces personnes vivant dans des structures d'hébergement, développent des pathologies liées au vieillissement, qui mettent parfois en difficulté ces structures. Bien plus jeunes que nos résidents habituels, avec des besoins différents, ils ne pourront

être accueillis qu'au prix d'un projet d'accompagnement spécifique permettant de gérer des temps de cohabitation, des activités dédiées et des habitudes de vie très différentes.

## Nos objectifs à 5 ans :

- ✓ Améliorer la gestion des symptômes inconfortables.
- ✓ Former les équipes aux soins palliatifs.
- ✓ Développer les thérapies non médicamenteuses.
- ✓ Recueillir les directives anticipées lorsque cela est possible.

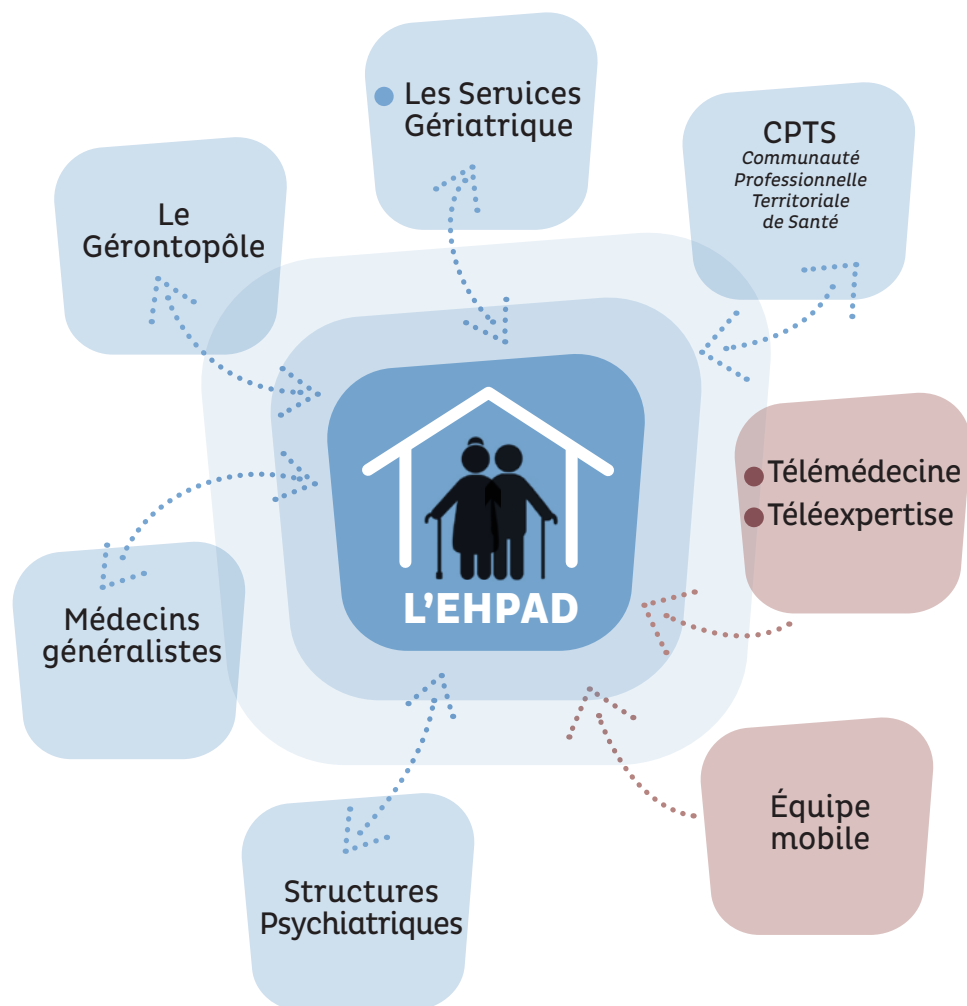
## Nos objectifs à 5 ans :

- ✓ Mener une réflexion pluridisciplinaire en incluant les professionnels des EMS spécialisés dans l'accompagnement du handicap afin de mieux connaître et répondre aux besoins de ce profil de patients.

### 3 L'intégration à la filière gériatrie

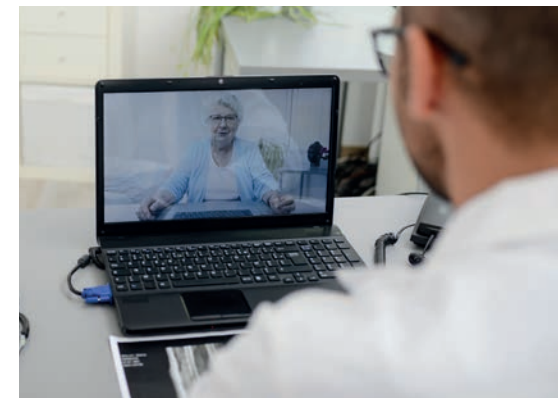
#### Un réseau de proximité pour une prise en charge globale

> Pour améliorer la qualité de l'accompagnement de nos résidents, nous devons nous appuyer sur toutes les ressources existantes dans le territoire d'implantation de l'Ehpad.



#### Nous pourrions de cette façon :

- Optimiser l'accueil et l'intégration du résident.
- Optimiser la gestion des troubles psycho comportementaux, troubles trophiques.
- Améliorer la fin de vie et la gestion des symptômes inconfortables.
- Fluidifier le recours aux hospitalisations et consultations spécialisées.
- Poursuivre le recours à la télémédecine/ téléexpertise au profit du résident et en capitalisant sur le développement numérique de nos établissements.
- Connaître et faire connaître les contraintes et les attentes de chacun des acteurs pour être plus efficace .



#### Nos interactions avec vous :

- Nos équipes vous sollicitent pour valider ce type d'interventions ou recours et vous en font le retour. L'activité de télémédecine reste à ce jour limitée au suivi des plaies chroniques et troubles du comportement.



#### Nos objectifs à 5 ans :

- ✓ Systématiser à chaque fois que possible le recours à la télémédecine pour le suivi des résidents.
- ✓ Chercher de nouvelles ressources auprès des CPTS du territoire.
- ✓ Capitaliser sur la plateforme Parcours Personnes Agées, anciennement Personnes Agées Covid, resserrera les liens avec le Gérontopôle et permettra aux salariés un accès facilité aux bonnes pratiques au travers de webinaires.



## 05

## CONCLUSION

## Que sera l'Ehpad de demain ?

L'Ehpad de demain sera un Ehpad davantage médicalisé : temps médical, paramédical et soignant, pour répondre correctement aux besoins de vos patients avec des personnels mieux formés en gériatrie. En résumé l'Ehpad sera un centre gériatrique de proximité.

L'Ehpad de demain sera également pour quelques-uns un Ehpad ressources.

## L'Ehpad de demain : un centre de ressources du territoire

Au-delà de l'évolution des besoins et des comportements des nouvelles générations de seniors face auxquelles nous devons adapter nos réponses, la crise sanitaire traversée a réinterrogé nos pratiques et la nécessité de renforcer la médicalisation de nos Ehpad.

L'évolution du profil des résidents nous oblige à nous mettre dans une logique d'anticipation de leurs besoins futurs. L'enjeu principal étant de toujours être en mesure de répondre à leur besoin en s'efforçant d'être créatif et curieux des solutions ou approches nouvelles.

Nos compétences gériatriques et gérontologiques pourraient dans un avenir proche être mises à la disposition de l'ensemble de la population vivant près de nos Ehpad.

## Un Ehpad ressource c'est quoi ?

Ce sera un Ehpad centre gériatrique de proximité qui fort de son expertise et sous condition d'un niveau de médicalisation attendu et d'une organisation adéquate, pourra en faire bénéficier son territoire d'implantation.

- En s'ouvrant aux personnes âgées pour leur offrir la possibilité de sortir de leur isolement sous forme de prise de repas ou d'activités.
- En partageant cette expertise avec les professionnels du soin à la personne âgée (SAD, SIA...) et les aidants non professionnels : SAD, SIAD.
- En participant à une mission de santé publique en faveur de la promotion du bien vieillir au travers d'action de repérage et d'éducation à la prévention pour un vieillissement réussi.

# Lexique



**AES** : Accident d'Exposition au Sang

**AS** : Aide-Soignant

**ASG** : Agent de Soins en Gérontologie

**BMR** : Bactérie Multirésistante

**CNO** : Compléments nutritionnels Oraux

**CPIAS** : Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

**EMS** : Établissement Médico-Social

**GEA** : Gastro Entérite Aiguë

**GCS** : Groupement de coopération sanitaire

**GMP** : GIR Moyen Pondéré  
*(représente la dépendance moyenne des résidents accueillis)*

**GIR** : Groupe Iso-Ressources - niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée

**HACCP** : Hazard Analysis Critical Control Point *(Sécurité alimentaire)*

**IDE** : Infirmier Diplômé d'État

**IDEC** : Infirmier de Coordination

**IRA** : Infections Respiratoires Aiguës

**MMS** : Mini Mental State

**MND** : Maladie Neuro-Dégénérative

**NPIES** : Inventaire Neuro-Psychiatrique

**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

**PMP** : Pathos Moyen Pondéré  
*(représente la charge moyenne en soins)*

**RABC** : Risk Analysis Biocontamination Control  
*(Contrôle des risques de contamination microbiologique en blanchisserie)*

**SAD** : Service à Domicile

**SIAD** : Service de Soins Infirmier à Domicile

**TIAC** : Toxi-Infection Alimentaire Collective

**TPC** : Troubles du comportement

**UP** : Unité Protégée

# Nos 19 résidences médicalisées/Ehpad et nos 2 résidences pour seniors

## RÉSIDENCES MÉDICALISÉES/EHPAD :

**BEAUZELLE** L'Edelweiss | **BLAGNAC** Les Jardins de Maniban | **CASTELGINEST** La Tour Totier | **ESCALQUENS** Borde Haute | **LE CABANIAL** La Vendinelle | **MURET** Trois Fontaines, Marie-Antoinette | **PIBRAC** La Houlette | **PLAISANCE DU TOUCH** Le Prat | **PORTET-SUR-GARONNE** L'Auta | **SAINT-ALBAN** Le Clos des Amandiers | **SAINT-GAUDENS** L'Ensoleillade, Le Mas Saint-Pierre | **TOULOUSE** Caroline Baron, La Cotonnière, La Pastellière | **TOURNEFEUILLE** Le Grand Marquisat | **VILLENEUVE TOLOSANE** Le Pin | **MONTAUBAN** Les Saules |

## RÉSIDENCES POUR SENIORS :

### RÉSIDENCE AUTONOMIE :

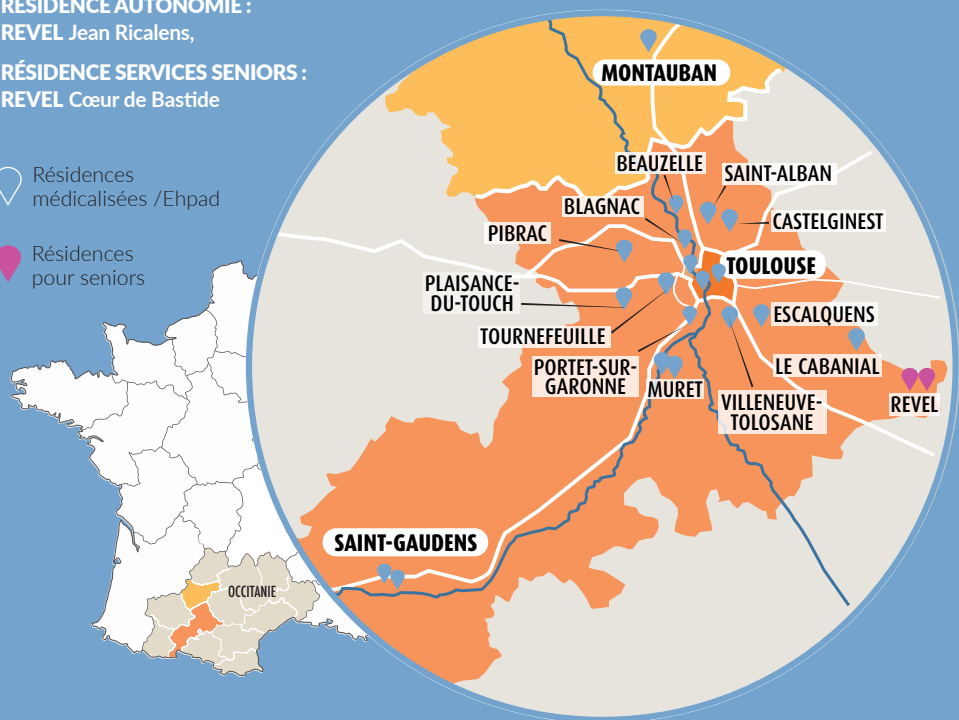
**REVEL** Jean Ricalens,

### RÉSIDENCE SERVICES SENIORS :

**REVEL** Cœur de Bastide

 Résidences médicalisées /Ehpad

 Résidences pour seniors



Contactez-nous au :

**05 82 08 15 00**

**[www.edenis.fr](http://www.edenis.fr)**

2 solutions d'habitat et d'accompagnement pour seniors avec 21 résidences sur la Haute-Garonne et Montauban.

