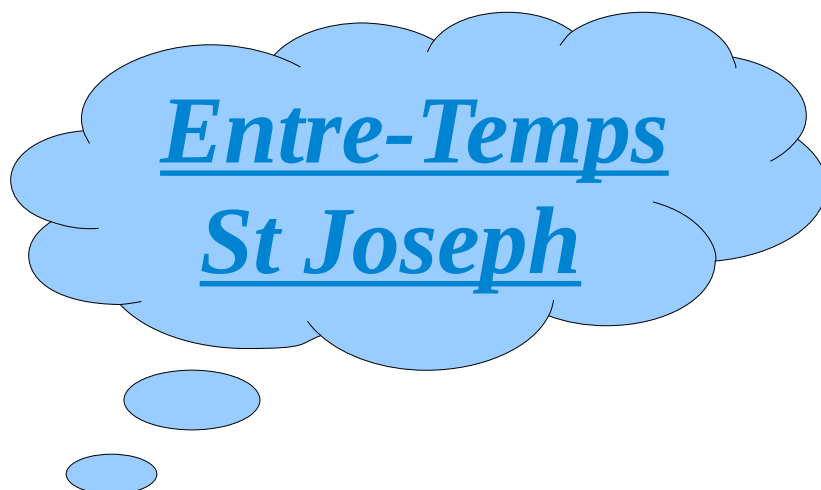




Hébergement Temporaire « ENTRE-TEMPS » EHPAD Saint Joseph

Etablissement
conventionné
EHPAD
certifié ISO 9001
version 2015

Association Galibert-Ferret. Sans but lucratif Loi 1901, déclarée en 1924.

7, rue Meyer - 81200 MAZAMET - tél : 05 63 61 02 08 - Fax : 05 63 61 17 63 - email : secretariat@saint-joseph.asso.fr

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



DQ N°	535
Indice	3

	FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation « qualité »	Animatrice qualité		01/10/2025
Vérification, validation technique	Directeur		01/10/2025
Approbation et applicable	Directeur		01/10/2025

Table des matières

Introduction.....	3
I - L'histoire et le projet de l'association Galibert-Ferret.....	4
1.1 L'association Galibert-Ferret.....	4
1.2 Nos valeurs : non lucrativité, solidarité et prise en charge des plus démunis.....	5
1.3 Le projet gériatologique de l'association Galibert-Ferret.....	6
1.4 Historique de l'offre d'hébergement temporaire à Saint Joseph.....	7
II - Le cadre juridique.....	9
2.1 Les autorisations et habilitations de l'EHPAD.....	9
2.2 Le cadre juridique de l'hébergement temporaire.....	9
2.3 Les objectifs de l'hébergement temporaire.....	10
III – Les nouveaux besoins en terme d'hébergement temporaire.....	11
3.1 L'Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation HT-SH.....	11
3.2 Le nécessaire répit des aidants.....	13
IV - La coordination des soins et la continuité du parcours.....	14
4.1 Le parcours de soins.....	14
4.2 La filière gériatrique.....	15
4.3 L'Hospitalisation à Domicile (HAD) et les soins palliatifs.....	16
4.4 L'astreinte infirmière de nuit.....	16
4.5 La prise en soin des personnes âgées démentes.....	17
4.6 La sécurisation des données - Numérique en santé.....	17
V - Le public cible et son entourage.....	18
5.1 Les besoins repérés pour un accueil en hébergement temporaire.....	18
5.2 Statistiques de l'hébergement temporaire.....	19
5.3 La place de l'entourage et ses besoins.....	21
VI - L'offre de service en Hébergement Temporaire.....	22
6.1 Généralités.....	22
6.2 Tarifs et durée de « l'hébergement temporaire ».....	24
6.3 Les chambres dédiées à l'hébergement temporaire.....	26
A / Milieu de vie « GAUGUIN ».....	27
B / Milieu de vie « VAN GOGH ».....	29
C / Milieu de vie dit « Unité Alzheimer UPAD ».....	31
D / La Maison Saint-Joseph.....	33
VII - Les modalités de l'Hébergement Temporaire.....	34
7.1 La procédure d'admission et d'évaluation en Hébergement Temporaire.....	34
7.2 Les modalités de l'admission en dispositif HT-SH.....	36
7.3 L'accompagnement personnalisé.....	38
7.4 Le respect du droit des usagers.....	39
7.5 La démarche d'amélioration continue.....	40
VIII – Coordination des soins en Hébergement Temporaire.....	43
8.1 La prise en charge en interne.....	43
8.2 Le plan de soins et sa coordination interne.....	45
8.3 Les partenariats et la coopération territoriale.....	47
A / Les partenaires institutionnels.....	47
B / Les partenaires de la filière hospitalière.....	48
C/ Les partenaires du parcours interne EHPAD.....	49
D/ Les partenaires du domicile.....	50
8.4 La communication autour du dispositif HT-SH.....	51
8.5 Le plan d'actions.....	52
IX – Les indicateurs d'activité en Hébergement Temporaire.....	53

Introduction

Ce document « projet de service Hébergement Temporaire » se fonde sur l'article L.311-8 du CASF qui 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. »

Ce projet de service pour les séjours en hébergement temporaire est donc un outil qui garantit les droits des personnes accueillies et qui définit les objectifs en matière de qualité des prestations, rend compte des modes d'organisation et de fonctionnement de la structure. Par ailleurs, comme le précise la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), ce projet de service de l'hébergement temporaire est :

- => une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes ;
- => un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires ;
- => un document évolutif, car suivi et révisé régulièrement.

Ce document permet un repérage du service d'hébergement temporaire par la population et les divers professionnels et acteurs de la gérontologie sur le secteur géographique. Les études récentes montrent en effet la nécessité de mieux définir la place de l'accueil temporaire dans **l'offre de séjour et d'hébergement proposée aux personnes âgées en perte d'autonomie** mais aussi de mieux répondre au **besoin de temps de répit des aidants**. Les aidants contribuent à l'accompagnement pour l'autonomie et sont des acteurs indispensables du maintien au domicile. Les soutenir, les accompagner et leur proposer des temps de répit, c'est participer à leur qualité de vie et à la possibilité pour la personne aidée de rester à domicile. La stratégie adoptée jusqu'à présent consistant à favoriser la création de places isolées d'accueil de jour et d'hébergement temporaire au sein des EHPAD doit désormais laisser la place à une politique visant à développer des accueils de jour et des hébergements temporaires bénéficiant d'un vrai projet de service autour de la personne accueillie et de l'aidant favorisant la coordination des parcours et la continuité des soins et de l'accompagnement. Ainsi, l'hébergement temporaire répond aussi aux enjeux de vieillissement de la population notamment en Occitanie. Il permet à une personne âgée qui vit à domicile de trouver des solutions d'hébergement pour une courte durée ou d'être utilisé comme une 1^{re} étape avant une entrée définitive en maison de retraite. Il répond à la demande des proches aidants de pouvoir s'absenter ponctuellement en restant serein.

Ce document vous permettra de prendre connaissance de l'histoire de l'organisme gestionnaire, ses missions, le public accueilli, l'offre de service et les principes d'intervention, les moyens mobilisés ainsi que les évolutions du service prévues dans les cinq ans.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

La directrice
Karine DERLYN



I - L'histoire et le projet de l'association Galibert-Ferret

1.1 L'association Galibert-Ferret

On ne saurait aborder la maison Saint-Joseph et l'Association Galibert-Ferret sans évoquer l'impact de la nature associative sans but lucratif de cet établissement et son histoire locale. Il s'agit d'une association loi de 1901 sans but lucratif.

A la fin du 19^e siècle, de généreux bienfaiteurs se sont engagés en faveur des plus démunis, par attachement à ce territoire du sud du Tarn, caractérisé par la présence d'importantes entreprises textiles et par le triomphe de l'industrie du délainage.

La Maison Saint-Joseph de l'Association Galibert-Ferret eut une existence officielle en 1924, par la déclaration qui en fut faite auprès de la Préfecture. C'est un héritage précieux. Les fondateurs de l'époque ont montré que l'histoire n'était pas écrite et qu'il nous appartient de lui donner sens. C'est assurément un devoir, et celui-ci suppose un engagement actif tendant à l'orienter en direction du progrès. Le progrès ne doit pas être considéré comme une fatalité, mais comme un idéal moral assigné à notre liberté conditionnée par les différentes époques. Cet idéal, cet engagement moral actif porté par les premiers membres de la maison Saint Joseph, se sont réalisés dans le souci de secourir les plus défavorisés.

Certes, l'Association Galibert-Ferret n'était pas seule à construire et inciter des actions auparavant désignées comme « œuvres d'hospitalisation, cliniques, maisons de convalescence ou œuvres de formation, d'hébergement et d'éducation d'enfants et jeunes filles ». Mais, fidèle à sa culture entrepreneuriale solidement établie, attachée à cette terre du sud du Tarn, sensible à la vulnérabilité de l'être humain, l'Association Galibert-Ferret souhaitait déjà affirmer quelques principes qui gouvernent encore son existence : la sollicitude pour les plus démunis, la liberté d'entreprendre localement et de s'associer, l'intérêt de la diversité dans la mise en œuvre des politiques publiques et des actions de charité, personne n'ayant le monopole du cœur...

En 1924, Madame Galibert-Ferret fait don à l'association du même nom d'un ensemble immobilier permettant à la Congrégation des Sœurs de Gethsemani d'œuvrer pour les plus démunis. L'association est déclarée officiellement à cette même date, sous le régime de la loi 1901. Telles sont les grandes lignes de cette histoire, caractérisée par l'initiative d'acteurs du secteur économique, affirmant leur droit d'entreprendre, manifestant leur attachement au sud du Tarn et leur sensibilité à la vulnérabilité de l'être humain, s'appuyant sur la Congrégation des Sœurs de Gethsemani, le bénévolat, les dons, et sur le « fait associatif ». Ces quelques lignes décrivent un aspect essentiel de l'héritage de l'Association Galibert-Ferret. Il est nécessaire de le garder à l'esprit lorsque l'on approche les réalisations et les activités de l'association Galibert-Ferret.

Telles sont les grandes lignes de cette histoire, caractérisée par l'initiative d'acteurs du secteur économique, affirmant leur droit d'entreprendre, manifestant leur attachement au sud du Tarn et leur sensibilité à la vulnérabilité de l'être humain. L'appartenance au monde associatif et à ses valeurs de solidarité sont aussi les piliers de la Maison Saint Joseph depuis plus de cent ans !

1.2 Nos valeurs : non lucrativité, solidarité et prise en charge des plus démunis

Régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, une association à but non lucratif permet de partager un projet en commun, sans redistribuer les bénéfices réalisés entre ses membres. En effet, les membres de l'association ne doivent pas s'enrichir. Il s'agit d'une des principales différences entre une société et une association. Le caractère non lucratif d'une association signifie que :

- sa gestion doit être désintéressée ,
- son activité ne doit pas concurrencer une entreprise,
- l'association ne doit pas exercer une activité similaire à celle des entreprises du secteur privé.

La non lucrativité est définie dans les statuts de l'association qui bien souvent œuvre dans le domaine de l'économie sociale. C'est l'expression de la libre volonté des personnes (initiative citoyenne) qui s'associent dans une entreprise commune, pas nécessairement d'ailleurs dans un but économique et qui décident de la gérer selon le principe démocratique.

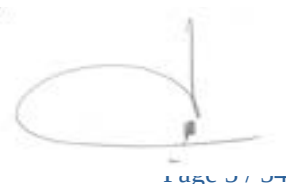
L'association Galibert-Ferret est adhérente au réseau URIOPSS Occitanie / UNIOPSS. A ce titre, elle adhère aux principes fondateurs du réseau, faisant d'elle une véritable association de solidarité. Le réseau UNIOPSS/URIOPSS porte auprès des pouvoirs publics et de l'opinion la voix collective des associations de solidarité, engagées auprès des personnes vulnérables et fragiles. Son ancrage territorial ainsi que son expertise dans l'ensemble des champs de l'action sanitaire et sociale (handicap, personnes âgées, santé, enfance, famille, jeunesse, lutte contre l'exclusion...) permet au réseau de porter une analyse transversale des problématiques. Ce réseau associatif veille aux intérêts des personnes vulnérables et fragiles dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques sociales et fait le lien entre l'Etat, les pouvoirs publics territoriaux et les associations de solidarité.

L'association Galibert-Ferret a signé, le 28/04/2022, le **contrat d'engagement républicain** issu du décret N°2021-1947 du 31/12/2021. En ce sens, elle confirme son engagement sur les 7 principes républicains suivants : respect des lois de la république, liberté de conscience, liberté des membres de l'association, égalité et non-discrimination, fraternité et prévention de la violence, respect de la dignité de la personne humaine et respect des symboles de la république. Ainsi, avec son choix d'habilitation à l'aide sociale pour la totalité de ses lits, l'association Galibert-Ferret permet la prise en charge de toutes les personnes même celles dont les ressources sont par définition limitées.

Afin de permettre à ce territoire du Sud du Tarn de continuer à être à la fois « auteur et acteur » de son avenir, et afin de porter secours à ceux qui sont dans la difficulté, la souffrance et le besoin, l'association Galibert-Ferret s'engage à :

- Garantir une gouvernance et une gestion responsable de ses activités ;
- Accompagner, au-delà de la simple relation commerciale, un public défavorisé, ou exclu, en répondant notamment aux attentes des politiques publiques ;
- Démontrer sa capacité à relever les défis s'imposant à tout acteur du monde de l'entreprise dans une logique de démarche d'amélioration continue.

M. Le Président Association Galibert-Ferret
Michel CAMANES



14/05/22

1.3 Le projet gérontologique de l'association Galibert-Ferret

La période de vie après soixante ans est vécue généralement de bonne qualité et même heureuse, et c'est tant mieux. Mais au-delà des statistiques, tous les gens de ces âges témoignent d'une augmentation des problèmes de santé, chroniques ou aigus, additionnée, selon une fréquence variable, à d'autres soucis : douleurs, pertes de mémoire, deuil, maladie d'un proche, difficulté à se déplacer, baisse de revenus, repli sur soi, diminution de capacités, perte de confiance en soi, fatigue fréquente.

Les situations quotidiennes deviennent plus difficiles et nécessitent la mobilisation de toute son énergie pour surmonter ces " preuves de la vie". Cette difficulté est parfois accentuée par un environnement inadapté ou un entourage inadéquat ou absent. Tout cela constitue un réel handicap pour la personne dite " g e".

Face à ces difficultés, la personne âgée se trouve contrainte à construire de nouveaux liens avec autrui. Ces liens de dépendance à autrui ne sont, d'ailleurs, pas forcément négatifs. L'être humain étant, en effet, grégaire, l'interdépendance des individus est à tout âge une nécessité. Mais, comme nous le savons tous, cette situation de dépendance présente un risque majeur, particulièrement lorsque nous sommes dans la situation de fragilité décrite ci-dessus.

Dans une telle situation, notre libre arbitre est remis en cause et la perte d'autonomie peut avoir de lourdes conséquences susceptibles de conduire à de la maltraitance. Une grande vigilance est donc nécessaire quant à la nature de ce lien de dépendance pour rechercher si la relation entre la personne et son "aidant" est favorable ou non   la personne âgée « fragilisée » car nous devenons, dans ces moments de fragilité, des êtres potentiellement sans défense devant les personnes et organisations peu bienveillantes, dont les finalités ne sont pas d'accompagner les plus fragiles mais plutôt de les tromper!

Au regard de la fragilité décrite ci-dessus, on comprend aisément que les actions idéales pour accompagner la personne dans son projet de vie doivent être ciblées autant sur la personne que sur son environnement et son entourage. Par ailleurs, il s'agit d'agir tous ensemble et d'être particulièrement vigilant quant à sa fragilité et de garantir un environnement le plus sécurisant, protecteur et transparent possible.

L'association Galibert-Ferret, face à ces risques, s'engage à garantir un environnement et une offre éthique et protectrice du projet de vie :

1. Elle maintient depuis 1924 son attachement au territoire Mazam tain, estimant que ce sont des acteurs locaux qui doivent être acteurs et auteurs des services pour les plus fragiles d'entre nous.
2. Elle garantit, grâce à son statut associatif sans but lucratif, des prix de prestations à coût réel. Les prix ne sont pas fixés selon un marché. Il n'y a pas de marge ni de redistribution de bénéfice, garantissant ainsi le meilleur rapport qualité-prix.
3. Elle a construit l'E.H.P.A.D. en petites unités spécialisées garantissant une ambiance familiale protectrice et une relation humaine authentique.
4. Elle maintient son offre d'accueil séquentiel (hébergement temporaire...) historique, favorisant le domicile comme milieu naturel de vie, et souhaite le développer.
5. Elle maintient ses actions de formations, d'échanges de savoirs réciproques, de sensibilisation à destination des salariés, bénévoles, entourage... garantissant ainsi le partage de valeurs et de savoirs humanistes sans lesquels il ne peut y avoir de protection des plus fragiles.

6. Elle favorise le bénévolat et la réelle participation des familles.
7. Elle prouve l'excellence de son organisation au travers de sa certification qualité internationale ISO 9001 intégrant une démarche d'amélioration continue.
8. Elle a choisi un travail en équipe multidisciplinaire qui prévient le danger d'un "aidant unique" qui imposerait son propre projet au détriment de la personne âgée. Projet de vie, suivi régulier, prise en compte des attentes de la personne, évaluation, travail d'équipe, interdisciplinarité, proposition de projet personnalisé sont les piliers de l'action quotidienne et favorisent une meilleure coordination des parcours de soins et d'accompagnement.
9. Elle met en œuvre son projet d'établissement dans le respect des bonnes pratiques et des droits des personnes accompagnées avec des outils garantissant le respect des droits et le droit au respect, un accompagnement bien-traitant : projet personnalisé, projet de vie, contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, Conseil de la Vie Sociale, prise en charge pluridisciplinaire.
10. Elle a choisi d'orienter une partie de son offre d'hébergement temporaire sur le soutien des aidants en facilitant la prise en charge séquentielle des personnes âgées venant du domicile accueillies pendant des périodes de nécessaire repos de leur aidant à domicile.

1.4 Historique de l'offre d'hébergement temporaire à Saint Joseph

=> Ce projet de service rentre dans le projet plus global de l'établissement, certifié ISO 9001 pour le périmètre suivant « Accompagner le vieillissement : Soigner, Accueillir, Restaurer, Animer, Aider, Héberger. » désigné par l'acronyme SARAAH. Afin de garantir l'aspect chaleureux, familial et la dimension humaine de l'accompagnement personnalisé, l'EHPAD Saint Joseph est organisé en six unités, chacune avec des moyens architecturaux spécifiques et adaptés à la population accueillie, avec son personnel attaché à l'unité et son projet de service spécifique.

=> Historiquement, l'accueil d'hébergement temporaire existe depuis plusieurs décennies. Cette activité était « noyée » dans l'activité de l'EHPAD. Son activité, sans réelle action de communication, évolue en moyenne aux alentours de 600 journées. Cette activité est toujours restée en cohérence avec celle de l'EHPAD dans le sens où celui-ci « accompagne le vieillissement » autant pour favoriser un maintien à domicile, un retour chez soi, un hébergement collectif sécurisé, et parfois un accompagnement spécifique pour une fin de vie la plus sereine possible.

=> Par décision conjointe du 15 mars 2012, l'ARS et le Président du Conseil Départemental du Tarn ont officialisé l'activité d'hébergement temporaire de l'EHPAD Saint-Joseph nommé « Entre-Temps », par l'autorisation et le financement de 5 places. Ce sont alors les seules places d'hébergement temporaire du Sud Est du Département du Tarn (de Mazamet à Labastide Rouairoux).

Afin de garantir l'aspect chaleureux, familial et la dimension humaine de l'accompagnement personnalisé, l'établissement Saint Joseph est organisé en six unités, chacune avec des moyens architecturaux spécifiques et adaptés à la population accueillie, avec son personnel attaché à l'unité et son projet de service spécifique. **L'accueil temporaire est proposé spécifiquement dans chaque unité, dans des logements dédiés et adaptés (télévision, panneau d'information...) qui sont réservés exclusivement à cet accueil temporaire.**

=> Ainsi, l'offre de service veut répondre localement à un besoin d'accueil temporaire destiné :

- à prendre en charge ponctuellement des personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ;
- à permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant ;
- à répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.

Cette action s'articule avec d'autres acteurs, selon les situations, dont des partenaires libéraux (médecin traitant...), sanitaires (hôpitaux et clinique du secteur),... dans le cadre du parcours de la personne accueillie.

=> En 2019, l'EHPAD a répondu à l'appel à candidatures régional (en réponse aux projets structurants du Plan Régional de Santé Occitanie 2018-2022) sur le **dispositif d'Accompagnement - Relais** pour les personnes âgées en perte d'autonomie permettant un hébergement temporaire en EHPAD avec reste à charge limité. L'EHPAD a ainsi pu bénéficier pendant trois ans, de 2020 à fin 2022, du financement complémentaire au titre du dispositif « Accompagnement-Relais » d'une de ses places d'hébergement temporaire. Ce dispositif a permis de favoriser le maintien à domicile choisi de la personne âgée et de réduire la durée des séjours en hospitalisation non justifiée par l'état de santé du patient. La personne accueillie dans le cadre de ce dispositif a continué à payer le même tarif qu'à l'hôpital.

=> Début 2025, suite à la construction d'une nouvelle unité de vie HOSTALET et à la rénovation des chambres les plus anciennes de l'EHPAD (zones 5 et 6 du bâtiment principal), une réorganisation de l'offre de service et des unités de vie a été initiée et l'offre d'hébergement temporaire repensée.

L'accueil temporaire est proposé dans cinq chambres dédiées spécialement aménagées dans des unités de vie qui répondent à des besoins polyvalents notamment les unités Gauguin et Van Gogh et une place reste offerte en notre unité spécialisée Alzheimer UPAD Monet :

- 1) Chambre N° 171 - Unité de vie GAUGUIN dédiée au dispositif « HT-SH »
- 2) Chambre N° 141 - Unité de vie GAUGUIN
- 3) Chambre N° 271 - Unité de vie VAN GOGH
- 4) Chambre N° 238 - Unité de vie VAN GOGH dédiée au dispositif « HT-SH »
- 5) Chambre N° 010 - Unité de vie UPAD MONET

=> **Évolution du tarif hébergement temporaire et tarif dépendance depuis 2020 :**

TARIFS	2020	2021	2022	2023	2024
HT	45,94 €	49,23 €	47,73 €	51,08 €	53,92 €
HT RELAIS	20 €	20 €	20 €		
GIR 1 - 2	22,86	22,15	24,14	24,32	25,67
GIR 3 - 4	14,45	14,11	15,25	15,43	16,29
GIR 4 - 6	6,13	5,99	6,46	6,55	6,91

La demande a été faite et validé sur la tarification 2025 de valoriser l'hébergement temporaire qui demande un investissement plus important de toute l'équipe EHPAD, sur un coefficient de pondération de 110 par rapport au tarif journalier classique soit 74,34 € au 01/05/2025.

II - Le cadre juridique

2.1 Les autorisations et habilitations de l'EHPAD

- => Déclaration à la sous-préfecture du Tarn le 8 mai 1924, de l'Association Galibert-Ferret, association loi 1901 sans but lucratif (publication au Journal Officiel du 5 juin 1924) ;
- => Arrêté préfectoral du 19/09/2002 portant autorisation d'accueillir des personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour une capacité de 119 lits avec habilitation « aide sociale » pour la totalité de la capacité d'accueil ;
- => Arrêté conjoint ARS Midi-Pyrénées et Conseil Général du Tarn du 15/03/2012 portant extension de capacité de l'EHPAD Saint Joseph de 5 lits d'hébergement temporaire ;
- => Arrêté conjoint ARS Occitanie et Conseil Départemental du Tarn du 03/01/2017 portant renouvellement de l'autorisation « EHPAD » pour 15 ans pour une capacité totale de 124 lits dont 5 en hébergement temporaire avec habilitation sociale pour les 124 lits ;
- => Autorisation conjointe ARS Occitanie et Conseil Départemental du Tarn du 03/01/2019 pour création d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés de 14 places ;
- => Notification ARS Occitanie du 26/12/2019 pour une place d'hébergement temporaire en dispositif « Accompagnement Relais » du 01/01/2020 au 31/12/2022 ;
- => Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens entre l'association, l'ARS Occitanie et le Conseil Départemental du Tarn signé en 12/2018 pour 5 ans : 2019 - 2023 prorogé jusqu'au 31/12/2024 ;
- => Notification ARS Occitanie du 08/07/2025 pour deux places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation « dispositif HT-SH » à compter du 01/09/2025.

2.2 Le cadre juridique de l'hébergement temporaire

Les hébergements temporaires sont au sens de l'article L 312-1 6° du code de l'action sociale et des familles (CASF) des établissements ou services médico-sociaux : « Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale », soumis à l'ensemble des droits et obligations qui leur sont applicables.

- => Le décret n°2004-231 du 17 mars 2004 (codifié) et la circulaire du 29 novembre 2011 relatifs à l'accueil temporaire d'une part, les circulaires du 16 avril 2002 et du 30 mars 2005 concernant les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées d'autre part, constituent le socle des dispositions réglementaires spécifiques à l'hébergement temporaire. Ces textes sont complétés du décret n°2016-1164 du 26 août 2016 concernant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD qui intègrent l'hébergement temporaire dans les missions de ces établissements ;
- => Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ;
- => S'y ajoutent les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ayant trait aux structures, notamment celles concernant le soutien des aidants non professionnels de novembre 2014 ;

=> Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

=> Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;

=> En application des dispositions des articles D 312-8 à D312-10 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

=> Le 6 octobre 2023, les ministères en charge des Solidarités et du Handicap ont présenté la 2^e stratégie nationale pluriannuelle Agir pour les aidants 2023-2027 et signé avec les entreprises et associations une charte d'engagement pour les proches aidants ;

=> Recommandation de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 28/05/2024 sur le répit des aidants ;

2.3 Les objectifs de l'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est un accueil organisé à temps complet, le cas échéant sur un mode séquentiel, limité dans le temps, visant à développer ou à maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale (article D 312-8 du CASF).

De quelques jours à plusieurs semaines (avec un maximum de 90 jours par an), l'hébergement temporaire est conçu pour répondre à une grande variété de situations. Il est par exemple possible de recourir ponctuellement à cette formule d'accueil pour pallier une indisponibilité temporaire des aidants, accueillir la personne âgée en sortie d'hospitalisation, favoriser un maintien à domicile, préserver le lien social ou comme solution provisoire en vue d'une entrée définitive en EHPAD. La personne accueillie bénéficie des mêmes prestations que les résidents en hébergement permanent : une chambre individuelle, des services hôteliers exigeants, un parcours de soins personnalisé, un programme d'activités variées et un encadrement assuré par une équipe bienveillante.

L'hébergement temporaire en EHPAD répond aux objectifs suivants :

- **Héberger temporairement la personne lorsque le maintien à domicile est compromis,**
- **Constituer un premier essai de vie en collectivité avant une entrée en établissement,**
- **Servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation,**
- **Répondre à un besoin de répit de l'aidant.**

III – Les nouveaux besoins en terme d’hébergement temporaire

Avec la hausse de l’espérance de vie et l’arrivée à un âge avancé des générations du baby-boom, le vieillissement de la population française se poursuit. Les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd’hui. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd’hui à 5 millions en 2060. Face à ce constat, une réponse globale et décloisonnée de l’accompagnement des personnes âgées doit être apportée et mieux tenir compte des parcours de celles-ci entre les structures sanitaires, médico-sociales et les soins en ambulatoire en favorisant le retour au domicile.

Les données du Projet Régional de Santé Occitanie 2023 - 2028 et plus particulièrement, du Schéma Territorial de santé du Tarn, montrent une population plus âgée dans le département que sur l’ensemble de la Région Occitanie qui est la 5ème région de France en terme de nombre de seniors avec 29 % de la population âgée de 60 ans et plus en 2020 (33 % de seniors attendus pour 2030). L’Occitanie se distingue aussi par un grand nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, âge où les situations de perte d’autonomie s’intensifient.

Par ailleurs, l’indice de vieillissement dans le Tarn est élevé et la pyramide des âges plus vieille que celle de la région et le département compte peu de jeunes actifs sur un territoire de santé qui compte de moins en moins de professionnels de santé et une démographie médicale vieillissante qui s’ajoute à une faible densité médicale dans le Tarn et encore plus le Tarn Sud (40 % des médecins traitants ont plus de 60 ans et 10 % des habitants n’ont pas de médecins traitants).

Ce mélange entre population vieillissante et faible démographie médicale interroge car l’un des enjeux liés au vieillissement est de permettre de rester à domicile et d’accéder à un accompagnement plus soutenu si besoin : offre d’accueil temporaire ou de jour, offre de soutien pour l’aidant, habitat inclusif, résidence autonomie... C’est pourquoi, l’Agence Régionale de Santé Occitanie a déployé début 2025 une campagne, auprès des établissements médico-sociaux, d’appel à candidatures sur le dispositif d’hébergement temporaire en sortie d’hospitalisation (HT-SH) pour les personnes en perte d’autonomie à laquelle notre EHPAD a répondu.

3.1 L’Hébergement Temporaire en Sortie d’Hospitalisation HT-SH

Dans la continuité de l’expérimentation prévue par la feuille de route « Grand Age et Autonomie » du 30 mai 2018 et de la stratégie « Bien vieillir » de novembre 2023, l’ARS Occitanie a ouvert cet appel à candidatures « dispositif HT-SH » pour :

- faciliter le parcours de la personne âgée,
- améliorer le maillage territorial et la coordination des soins,
- fluidifier et sécuriser le parcours des personnes en perte d’autonomie,
- valoriser l’activité des EHPAD,
- améliorer l’attractivité des métiers du Grand Âge,
- apporter une réponse aux besoins de répit des aidants,
- simplifier l’offre d’hébergement temporaire des EHPAD en optimisant son financement.

Le dispositif d'HT-SH en EHPAD (projet spécifique en annexe 1) consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie un hébergement temporaire d'une durée de 30 jours (renouvelable une fois en cas de nécessité) avec un reste à charge nul pour la personne accueillie. Le recours à ce dispositif est possible en sortie des urgences ou d'hospitalisation ou en cas de carence de l'aidant

Les principaux objectifs de ce dispositif sont les suivants :

- Faciliter les sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Améliorer et sécuriser le retour à domicile d'une personne âgée après un séjour hospitalier ;
- Limiter les durées moyennes de séjour à l'hôpital et les ré-hospitalisations évitables ;
- Améliorer le recours à l'hébergement temporaire en annulant le reste à charge ;
- Simplifier la gestion des places d'HT pour l'EHPAD

Le dispositif d'HT-SH en EHPAD permettrait aussi de renforcer la coopération entre services d'hospitalisation SMR ou médecine, HAD et EHPAD. La mise en œuvre du dispositif d'HT-SH repose sur les places déjà existantes d'hébergement temporaire en EHPAD. Afin qu'ils n'aient pas à facturer un reste à charge aux personnes âgées accueillies, l'ARS verse un financement aux EHPAD en complément de la dotation de fonctionnement pour la/les places d'Hébergement Temporaire d'ores et déjà installées et financées correspondant aux recettes Hébergement et Dépendance pour les séjours effectués dans le cadre de l'HT-SH.

Les places du dispositif d'HT-SH pourront être mobilisées pour deux motifs :

- En sortie des urgences ou d'hospitalisation, si le retour à domicile est momentanément impossible et le recours à une hospitalisation non justifié ;
- En cas de carence de l'aidant (rupture brutale de l'aidant, hospitalisation de l'aidant, etc.).

En sortie d'hospitalisation, l'orientation concerne en principe les personnes âgées hospitalisées en court séjour (qui ne relèvent pas d'une orientation vers un SMR), et pour lesquelles un retour rapide au domicile est compromis pour les raisons suivantes :

- fragilité de l'état de santé requérant une surveillance plus importante que ne peuvent le permettre les dispositifs infirmiers ou d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- perte d'autonomie transitoire ou permanente, le cas échéant aggravée par l'hospitalisation, qui ne peut à court terme être compensée par la mobilisation en urgence des dispositifs d'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) (aide au retour à domicile après hospitalisation [ARDH]), de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) (Programme d'accompagnement du retour à domicile [PRADO]) ou du CD (APA, mobilisable en urgence).

Seront plus particulièrement visées les personnes âgées seules ou isolées, ou dont l'aidant se trouve en difficulté pour faire face à la situation (épuisement, manque de savoir-faire, etc.). Les caractéristiques de l'environnement de la personne seront à prendre en compte (logement inadapté, etc.).

En cas de carence soudaine de l'aidant, l'orientation concerne en principe les personnes âgées dans le cas suivant : l'absence soudaine de l'aidant rend impossible le maintien à domicile, car la personne âgée présente une restriction ou une perte de sa capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne à laquelle l'aidant ne peut plus suppléer. Il s'agit ici d'éviter une hospitalisation prolongée par défaut qui affecterait durablement l'autonomie de la personne. Si la carence de l'aidant n'est pas temporaire, une solution durable d'accueil dans un dispositif adapté doit être recherchée sans délai.

Ce dispositif n'a pas vocation, en l'état, à répondre à tous les motifs possibles de recours à l'hébergement temporaire comme par exemple le répit, les vacances du proche aidant ou encore l'adaptation du logement. L'accueil temporaire s'adresse à des personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie, classées en GIR 1 à 4 à l'entrée dans le dispositif.

3.2 Le nécessaire répit des aidants

Il y aurait aujourd'hui en France entre 8 à 11 millions de personnes âgées de 16 ans ou plus qui sont aidants. Ils fournissent, à titre non professionnel, une aide régulière à une ou plusieurs personnes de leur entourage pour des raisons de santé ou de handicap. Parmi elles, 4,3 millions sont aidantes de personnes de plus de 60 ans et 4 millions sont aidantes de personnes de moins de 60 ans. Les études montrent, que toutes situations d'aidance confondues, les aidants sont en moyenne âgés de 52 ans et que dans 57% des cas, il s'agit de femmes. Malgré la diversité des situations d'aidance, différentes définitions de l'aidant ont vu le jour et contribuent à mieux cerner les profils des personnes impliquées dans une relation d'aide. Les aidants sont le plus souvent des membres de la famille, ce qui implique une dimension affective très forte de leur engagement à l'égard de leur proche. S'agissant des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile, les conjoints et enfants représentent 80% des aidants.

Les aides apportées par les aidants se concentrent majoritairement sur les activités de la vie quotidienne, c'est-à-dire les courses (62 %), les démarches médicales (53 %), l'aide aux tâches administratives (43 %) et aides au bricolage (40 %). Le soutien moral est également très souvent cité par les aidants de l'entourage du senior : près de 70 % des enfants cohabitants et 90 % des aidants non-cohabitants. Au-delà des activités d'aide et de soins, même à distance, les aidants peuvent être très investis dans l'accompagnement de leur proche en endossant progressivement un rôle de coordination et de « care manager ». Il s'agit d'organiser le réseau des proches et des professionnels assurant une continuité ou une présence « suffisantes » auprès du parent âgé et par là-même de lier les divers segments de cette organisation qui mobilisent les secteurs très cloisonnés du social, du médical et du médico-social. L'activité d'aide induit une charge mentale et émotionnelle pour les aidants et les études montrent une dégradation de l'état de santé de l'aidant au fur et à mesure de l'augmentation de sa charge d'aidant. Selon une étude de la DREES en 2012, le besoin principal exprimé par les aidants est le répit. Certains conjoints et quelques enfants n'ont réalisé le poids de l'aide qu'une fois bénéficiaires de dispositif de répit.

Parmi les possibilités de soutien aux aidants, la littérature internationale s'accorde sur l'intérêt spécifique des périodes de répit. Dans les définitions les plus courantes, le répit se caractérise par la mise en place d'aide à domicile ou d'un accueil transitoire en structure (accueil de jour, de nuit, en institution). Les solutions de répit permettent de proposer des relais à l'aidant, lui permettant de souffler et de s'occuper de soi, et de faire face aux impératifs de la vie quotidienne (obligations sociales, professionnelles, urgences...). A ce titre, l'hébergement temporaire en institution permet de proposer des phases de répit aux aidants sur des périodes plus ou moins courtes (rendez-vous à honorer, vacances, ...) en continu ou de manière séquentielle pour répondre à des activités sociales ou autres...

IV - La coordination des soins et la continuité du parcours

Pour être optimisé l'hébergement temporaire doit s'inclure dans la logique de parcours de soins et d'accompagnement de la personne accueillie, particulièrement celle en perte d'autonomie et dans la filière gériatrique pour fluidifier ledit parcours et en assurer la coordination par les professionnels de santé à l'aide de systèmes d'informations interopérables et sécurisés.

La notion de parcours répond à la nécessaire évolution de notre système de santé liée à la progression des maladies chroniques et des situations de perte d'autonomie. Les parcours ont une dimension temporelle qui est d'organiser une prise en charge du patient et de l'utilisateur coordonnée dans le temps, et spatiale dans un territoire et la proximité de leur domicile. Leur réussite repose sur la participation et l'implication des patients et des usagers, sur l'intervention efficace et coordonnée des acteurs du système de soins, des services et établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités locales, des autres services de l'État et des organismes de protection sociale.

La coordination du parcours et la continuité des soins est effective lorsque l'offre d'hébergement temporaire est intégrée et connue des filières de soins du territoire. L'augmentation du recours aux soins pour des pathologies complexes ou des maladies chroniques alourdit la contrainte pesant sur l'offre de soins (vieillesse, augmentation de la prévalence des maladies chroniques : diabète, cancer, insuffisance cardiaque, affections psychiatriques de longue durée, démences...). La poursuite de l'effort de développement des structures d'exercice coordonné et de soutien aux professionnels (4 ESP, 24 MSP, 3 CDS, 6 CPTS et leurs antennes) correspond à un levier majeur à actionner.

L'adhésion au dispositif d'appui à la coordination **DAC 81** est aussi une nécessité pour répondre aux cas les plus complexes. En effet, le DAC 81 opérationnel depuis juillet 2022, assure la coordination des parcours de santé complexes, en concertation avec les acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires sur le département du Tarn. L'EHPAD a signé en 05/2024, une convention de partenariat avec le DAC 81 pour favoriser les conditions d'échanges et de partenariats interprofessionnels et disciplinaires qui permettront l'accès aux soins, la coordination des acteurs de santé et d'apporter une réponse adaptée aux cas les plus complexes, de manière graduée et polyvalente (ex RESOPALID « soins palliatifs » & MAIA « suivi intensif de personnes âgées et animation territoriale »).

4.1 Le parcours de soins

Le Tarn est animé par une multitude de réseaux de santé qui répondent aux besoins des citoyens, sous des formes variées et structurées par :

- Des Équipes de Soins Primaires - ESP (médecins, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, paramédicaux...),
- Des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles - MSP,
- Des Centres de Santé – CDS dont le GIP « Ma Santé, Ma Région »
- Des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé - CPTS,
- Des Centres Hospitaliers et des Centres Hospitaliers de proximité - CH,
- Une Ecole d'ingénieurs en e-santé (ISIS),
- Des polycliniques, des cabinets médicaux, des EHPAD.

4.2 La filière gériatrique

Le parcours de la personne doit s'inscrire dans un travail partenarial sur le territoire de la communauté d'agglomération Castres - Mazamet, dont les acteurs varient selon la situation de la personne accueillie en hébergement temporaire. Pour mener à bien ses missions, le territoire de santé de la communauté d'agglomération Castres – Mazamet peut s'appuyer sur :

- **Le Centre Hospitalier Intercommunal Castres - Mazamet / Hôpital Pays de l'Autan :**

L'établissement a développé une importante filière gériatrique permettant de couvrir les besoins des patients âgés du territoire du Tarn sud. Elle repose sur des services spécialisés proposant une prise en charge adaptée par des équipes pluridisciplinaires (gériatres, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, kinésithérapeutes, neuropsychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales, éducateurs physiques et sportifs...). L'offre de soins comprend l'accès aux consultations spécialisées et à des structures dédiées à la prise en charge des pathologies du vieillissement. L'EHPAD dispose d'une convention avec cet hôpital de bassin. Le court séjour gériatrique comprend 25 lits de médecine au sein de l'hôpital du CHIC Castres-Mazamet. Cette unité assure une prise en charge de courte durée et en phase aiguë de patients âgés de plus de 75 ans polypathologiques.

Dans le cadre du réseau gériatrique du bassin de santé, les admissions se font également à la demande des EHPAD et des médecins traitants pour :

- faciliter le flux des patients et optimiser la prise en charge gériatrique,
- éviter aux personnes accueillies de transiter par les urgences,
- garantir à nos résidents une hospitalisation adaptée et faciliter leur retour à l'EHPAD,
- favoriser la communication des informations,
- développer une culture gériatrique commune en favorisant la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations.

C'est aussi dans ce cadre que, depuis 2024, l'EHPAD dispose d'un accès à la plate forme EPS-PA :

=> Dispositif EPS-PA : Équipe parcours santé personne âgée

=> Unité Mobile de Gériatrie UMG

=> Unité Cognitivo-Comportementale UCC

=> Service de Soins de Suite et de Réadaptation SSR Hôpital de Jour

=> Service de Télémédecine via Téléo

- **La Poly-Clinique ELSAN du Sidobre**

Dans le cadre d'un partenariat conventionné suite AAC « parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier » de l'ARS Occitanie, l'EHPAD accède à une hotline gériatrique au sein du service dédié de la clinique du Sidobre qui permet d'améliorer l'accès aux soins, de façon pérenne, et de raccourcir la durée de la prise en charge pour offrir une véritable alternative au passage aux urgences pour les personnes âgées hébergées dans l'EHPAD. Les objectifs de ce partenariat sont de :

- pouvoir recourir à un parcours d'hospitalisation directe pour des soins non programmés,
- soulager les services d'urgence et équipes de premiers recours,
- prendre en charge des personnes poly-pathologiques à la demande,
- offrir une alternative aux urgences en cas de décompensation subaiguë de l'état de santé,
- impulser le recours à un parcours coordonné et créer un lien entre les acteurs de santé.

4.3 L'Hospitalisation à Domicile (HAD) et les soins palliatifs

En cas de soins techniques complexes et longs ou de manque de personnel infirmier, l'EHPAD peut demander à bénéficier du dispositif d'hospitalisation à domicile (HAD) en conventionnant pour la personne accompagnée avec la structure désignée par l'ARS « HAD Pays d'Ovalie ». Cette faculté permet d'accueillir des personnes en hébergement temporaire avec des soins plus techniques notamment lors des retours d'hospitalisations ou lors de la mise en place des soins palliatifs.

En effet, la période de la fin de vie est un temps particulier dans la vie de toute personne. Elle mérite une attention soutenue de la part des professionnels pas toujours disponibles en EHPAD, c'est pourquoi le recours à l'HAD est souvent sollicité sur l'accompagnement en fin de vie pour permettre une prise en charge continue et sereine pour la personne accueillie et son entourage.

Le médecin coordonnateur et le médecin traitant sont à l'origine de l'entrée dans une démarche de soins palliatifs, selon le constat médical et les informations transmises par l'équipe soignante. Ils peuvent alors s'appuyer sur l'expertise de l'équipe HAD pour mettre en place une prise en charge, adapter les prescriptions médicamenteuses et de confort. Le résident, sa personne de confiance et sa famille, sont informés de cette décision collégiale et de la nécessité de cet accompagnement. Les personnels soignants accompagnent la personne jusqu'à sa fin de vie, dans ses besoins spécifiques et avec une attention particulière, par des soins d'hygiène, des soins de confort et un soutien psychologique.

4.4 L'astreinte infirmière de nuit

L'EHPAD est aussi partenaire à la convention de coopération relative au dispositif d'infirmier de nuit mutualisé entre EHPAD (EHPAD St Joseph et la Chevalière de Mazamet / Résidence Émilie de Villeneuve + EHPAD AGIR + Refuge Protestant + Villégiale St Jacques, Monges et Résidence du Midi de Castres / EHPAD Résidence de l'Étoile et Jean Joseph Roquefort de Revel / EHPAD de Cabirac) géré par l'HPA depuis mai 2021. Les objectifs de ce dispositif sont :

- d'assurer la continuité des soins en EHPAD,
- d'améliorer la sécurisation de la prise en charge par les équipes de nuit des personnes en soins palliatifs notamment,
- de favoriser la pertinence des hospitalisations de nuit et de réduire le nombre des transferts inappropriés aux urgences,
- de faciliter le retour en institution en sécurisant la prise en charge des résidents en sortie d'hospitalisation,
- de renforcer la qualité des parcours du résident à travers la connaissance de l'ensemble des acteurs des différentes filières,
- de réfléchir à des pratiques de soins communes et l'utilisation d'outils connectés interopérables.

4.5 La prise en soin des personnes âgées démentes

L'EHPAD dispose d'une unité spécialisée pour la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées. La personne accueillie en hébergement temporaire dans cette unité spécifique présente des troubles de l'orientation, du comportement et déambulation (diagnostic confirmé par un médecin) avec un risque de sortie à l'insu du service... Cette unité spécialement sécurisée comprend 23 chambres individuelles adaptées avec salle de bain et TV dont 1 réservée à l'hébergement temporaire (Ch. 010). Elle accueille des résidents qui nécessitent une prise en charge spécifique au quotidien. Ce bâtiment indépendant a été conçu pour limiter les risques, il présente des secteurs de déambulation intérieure et extérieure (terrasse sécurisée). Le rez-de-chaussée climatisé est dédié aux espaces de vie, d'activité et de restauration avec des zones de différentes superficies pour répondre aux éventuels besoins d'isolement à certains moments de la journée. Les personnes accompagnées restent dans cette zone la journée pour limiter les troubles grâce à la mise en place d'activité occupationnelle par le personnel dédié et formé de cette unité. L'unité dispose aussi d'une chambre de repli et de relaxation (activité type snoezelen), d'un espace balnéothérapie et d'un salon d'accueil des familles pour rendre visite sans perturber ou être perturbé par les autres résidents de l'unité. Les proches et en particulier l'aidant principal sont des acteurs majeurs dans cette prise en charge, ils sont à ce titre sollicités en tant qu'acteur de l'accompagnement.

4.6 La sécurisation des données - Numérique en santé

L'EHPAD a pu bénéficier en 2023 du financement spécifique « SONS » pour la montée de niveau de son logiciel de soins NETSoins : interopérabilité, sécurité, intégration des services et référentiels socles, messagerie sécurisée de santé ... Ce programme du Numérique en Santé repose principalement sur le déploiement d'un dossier usager informatisé (DUI) pour chaque personne accompagnée qui comprend :

- l'Identité Nationale de Santé (INS) qui permet de référencer les données de santé avec une identité unique, pérenne, partagée par l'ensemble des professionnels ;
- l'accès au Dossier Médical Partagé (DMP), véritable carnet numérique de santé qui regroupe les informations des différents professionnels de santé ;
- le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) qui sert à améliorer les transferts d'informations utiles et nécessaires au médecin intervenant en urgence pour une prise en soins optimale.

Il permet de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées. Il doit être accessible 24h/24.

L'année 2025 verra la mise en place de mesures de protection et de sécurisation de nos données numériques, de leur sauvegarde à leur cybersécurité avec le déploiement de « MonAideCyber » et la conclusion d'un nouveau contrat d'administration et de maintenances des systèmes d'informations.

Ces outils partagés structurent l'échange et le partage des informations relatives au patient, entre les différents acteurs sanitaires notamment lors de la sortie d'hospitalisation aménagée : le médecin traitant doit disposer en temps réel du compte-rendu d'hospitalisation et du courrier de sortie d'hospitalisation (traitement médical, conduite à tenir...) et des rendez-vous hospitaliers (médecins spécialistes, consultation mémoire, diagnostics spécifiques...). Ces données s'intègrent alors dans le plan de soins personnalisé de la personne accueillie.

V - Le public cible et son entourage

L'accueil temporaire s'adresse à des personnes âgées de 60 ans et plus. Il a aussi pour finalité de répondre à des situations d'urgences ou des absences programmées. L'objectif est aussi d'offrir un soutien à l'entourage, en lui permettant de « souffler » un peu.

5.1 Les besoins repérés pour un accueil en hébergement temporaire

1 - Besoin urgent

Cet accueil a notamment pour objectif de répondre à des situations d'urgence. Pour ce faire, les cinq places d'hébergement temporaire sont dans des logements repérés et exclusivement au service d'un besoin d'hébergement temporaire. La destination exclusivement dédiée à l'hébergement temporaire augmente la disponibilité de ces places et la capacité de répondre à une situation d'urgence. Les situations d'urgences recensées à ce jour sont de plusieurs ordres :

- hospitalisation subite de l'aidant ;
- événement grave et soudain de l'aidant exigeant son absence ;
- problème de logement soudain (inondation, incendie...).

2 - Besoin de l'aidant de s'absenter

Les aidants (conjoint, enfants accueillants...) ont parfois besoin de s'absenter et de devoir arrêter l'aide apportée. Les situations sont variées :

- besoin de s'absenter pour raison familiale (naissance d'un petit enfant, garde des petits enfants...) ;
- besoin de s'absenter pour cure, intervention chirurgicale, maladie ;
- besoin de faire une pause « répit des aidants » en cas de fatigue, besoin de repos ;
- besoin de prendre des congés, de maintenir son activité sociale (séances de sport, vacances...) ;
- besoin de s'absenter pour travaux du logement.

3 - Besoin d'un hébergement temporaire dans l'attente d'une place en EHPAD

Les listes d'attente pour une place dans la maison de retraite choisie par le résident et/ou sa famille sont parfois longues. Le maintien à domicile n'est pas toujours possible et l'hébergement temporaire en attente de la libération de la place peut être une solution pour le résident et sa famille, que ce soit pour une place dans notre EHPAD ou dans tout autre établissement de son choix.

4 - Besoin d'essayer la vie en collectivité

Il peut être judicieux d'utiliser un séjour temporaire pour apprécier si la vie en collectivité convient à son tempérament. Cela peut aussi éclairer les critères que devra obligatoirement satisfaire la future maison de retraite, ou affirmer le désir de vouloir rester chez soi.

5 - Besoin lors d'un retour à domicile suite à une hospitalisation

Parfois, les sorties d'hospitalisations sont trop rapides. La personne est encore fatiguée, peu sûre d'elle-même, souhaite un délai supplémentaire. Son entourage peut aussi être dans le doute, voire absent momentanément ou le logement ne pas être adapté au retour à domicile.

Sans prendre la place des SSR et/ou des services de préparation des retours à domicile, il peut être judicieux d'envisager un séjour temporaire afin de rendre plus serein ce retour à domicile. La candidature à l'AAC « hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation » repos, fatigue répond tout à fait à cette alternative. Cet accueil spécifique s'adresse aux personnes de 60 ans et plus, en perte d'autonomie, classées en GIR 1 à 4 à l'entrée dans le dispositif. La durée est limitée à 30 jours renouvelable une fois en cas de nécessité de sécuriser le retour à domicile.

6 - Besoin pour une nuit ou pour un séjour plus long

Le projet n'envisage pas de durée minimale. Il peut s'agir simplement d'une nuit permettant à l'aidant de souffler une soirée et d'être serein quant à la sécurité de la personne, ou d'un séjour plus long d'une durée maximale de 90 jours sur l'année (en continu ou de manière séquentielle). Par ailleurs, on peut aussi imaginer un maintien à domicile organisé avec une présence le jour, à son domicile ou chez ses enfants, et un hébergement la nuit en hébergement temporaire. Le coût sera moindre qu'une garde malade la nuit. Cela dépendra du projet de vie de la personne et des disponibilités de l'EHPAD.

5.2 Statistiques de l'hébergement temporaire

Il a été prévu par les pouvoirs publics, lors de l'ouverture de l'hébergement temporaire en 2012, d'assurer un taux d'activité de 80 % de 5 places, soit 1 460 journées, taux qui n'a jamais été atteint. La crise sanitaire puis inflationniste et enfin la période des travaux de modernisation et de rénovation entre 2021 et 2024, n'ont pas permis d'atteindre de tel résultat.

Le taux de remplissage moyen (prévisionnel et réalisé) est le suivant :

- ✕ L'activité annuelle en 2020 pour 21 séjours et 739 journées (DMS de 35 jours) => prévision base EPRD 10/2019 de 1 287 / 1 464 pour un taux de remplissage réalisé de 50,48 %.
- ✕ L'activité annuelle en 2021 pour 25 séjours et 761 journées (DMS de 30 jours)=> prévision base EPRD 10/2020 de 1 110 / 1 460 pour un taux de remplissage réalisé de 52,12 %.
- ✕ L'activité annuelle en 2022 pour 37 séjours et 1 038 journées (DMS de 28 jours)=> prévision base EPRD 10/2021 de 986 / 1 460 pour un taux de remplissage réalisé de 71,10 %.
- ✕ L'activité annuelle en 2023 pour 24 séjours et 515 journées (DMS de 17 jours)=> prévision base EPRD 10/2022 de 852 / 1 460 pour un taux de remplissage réalisé de 35,27 %.
- ✕ L'activité annuelle en 2024 pour 33 séjours et 615 journées (DMS de 19 jours)=> prévision base EPRD 10/2023 de 825 / 1 464 pour un taux de remplissage réalisé de 42,01 %.
- ✕ La prévision EPRD 10/2024 pour l'année 2025 prévoit 823 journées / 1 460 soit 56,37 % de taux d'activité envisagé suite à la réorganisation post-travaux des 5 places HT dès janvier 2025.

Motif du séjour HT	Répit aidant	Vacances aidant	Hospitalisation aidant	Suite hospitalisation	convalescence	Urgence autres cas	Essai vie collectivité
2023 (20)	9	5	2	1	1	1	1
2024 (33)	16	4	5	0	2	0	6
Devenir après séjour HT => 2023 : 18 retours à domicile et 6 entrées en EHPAD (20) => 2024 : 24 retours à domicile et 9 entrées en EHPAD (33)							

Les motifs d'entrée en hébergement temporaire sont les suivants y compris le dispositif « accompagnement relais » de 2020 à 2022 :

Motifs d'entrée hébergement temporaire	2019	58 Entrées (séjours)	2020	21 Entrées dt 8 acc relais (séjours)		2021	25 Entrées dt 6 acc relais (séjours)	
					acc relais			acc relais
1° Maintien à domicile compromis :	%	Nbre	%	Nbre	Nbre	%	Nbre	Nbre
Urgence : épuisement ou hospitalisation de l'aidant	10,00%	6	29,00%	6				
Urgence : indisponibilité de l'aidant pour raison familiale ou personnelle	0,00%	0						
Urgence : problème logement	0,00%	0	5,00%		1			
Aidant : besoin de s'absenter pour soins, repos, cure...	3,40%	2	19,00%	3	1	44 %%	9	2
Aidant : besoin de s'absenter pour raison familiale ou personnelle	53,50%	31	19,00%	4		24 %%	5	1
Travaux logement	0,00%	0						
Accueil pour la nuit uniquement	0,00%	0						
2° Projet de vie en collectivité :								
En attente de place définitive en EHPAD (hors St Joseph)	0,00%	0						
En attente de place définitive à l' EHPAD Saint-Joseph	6,80%	4				16,00%	3	1
Essai de vie en collectivité	13,80%	8						
3° Retour à domicile (Ne doit pas se substituer au SSR) :								
Retour d'hospitalisation	6,80%	4						
Retour soins de suite, cure, convalescence.	5,00%	3	28,00%		6	16,00%	2	2
4° Autre (A préciser)	0,00%	0						

Motifs d'entrée hébergement temporaire	2022	37 entrées dont 15 acc relais (séjours)		2023	20 entrées (séjours)	2024	33 séjours
			acc relais				
1° Maintien à domicile compromis :	%	Nbre	Nbre	%	Nbre	%	Nbre
Urgence : épuisement ou hospitalisation de l'aidant	14,00 %		5	15,00 %	3	9,00 %	3
Urgence : indisponibilité de l'aidant pour raison familiale ou personnelle	6,00 %		2			3,00 %	1
Urgence : problème logement				5,00 %	1		
Aidant : besoin de s'absenter pour soins, repos, cure...	6,00 %	2		15,00 %	5	15,00 %	5
Aidant : besoin de s'absenter pour raison familiale ou personnelle	51,00 %	15	3	20,00 %	4	39,00 %	13
Travaux logement							
Accueil pour la nuit uniquement							
2° Projet de vie en collectivité :							
En attente de place définitive en EHPAD (hors St Joseph)	3,00 %	1		5,00 %	1		
En attente de place définitive à l' EHPAD Saint-Joseph	3,00 %	3		5,00 %	1	3,00 %	1
Essai de vie en collectivité	3,00 %	1		5,00 %	2	12,00 %	4
3° Retour à domicile (Ne doit pas se substituer au SSR) :							
Retour d'hospitalisation							
Retour soins de suite, cure, convalescence.	14,00 %	0	5	10,00 %	2	18,00 %	6
4° Autre (A préciser)				5,00 %	1		

5.3 La place de l'entourage et ses besoins

Il est important de préciser la place des conjoints, des familles et de l'entourage, en définissant aussi clairement que possible les relations souhaitées ou mises en œuvre dans la structure : les termes de coopération, travail avec les familles, maintien des liens sont explicités et si possible, illustrés concrètement.

Par ailleurs, la place de l'entourage est particulière pour l'hébergement temporaire. En effet, cette offre de service a pour objectif notamment de permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant. Il est nécessaire d'avoir un vrai projet de service autour de la personne accueillie, mais aussi de l'aidant.

L'aidant est, selon le cas, le destinataire du service, et il s'agit d'accompagner un projet de vie en offrant une période de répit et de suppléance à l'aidant. Sa situation sera évaluée, et des conseils et orientations seront proposés par l'équipe multidisciplinaire composée par la géronto-psychologue, l'infirmière coordinatrice et le médecin coordonnateur. Une orientation pourra être proposée vers les divers services partenaires existants déjà énumérés dans ce projet.

L'entourage peut, selon son projet et la situation, aller et venir, participer, collaborer... ou prendre soin de soi et se reposer. Chaque cas est particulier, et doit être personnalisé.

D'une façon générale, les familles sont chaleureusement incitées et accueillies pour participer à toutes les activités. Elles doivent cependant s'engager d'une part à respecter le règlement de fonctionnement de l'établissement, d'autre part à accepter d'être conseillées et formées par l'équipe pluridisciplinaire, voire d'être potentiellement fragilisées dans ses convictions. Ceci permet alors de percevoir les différentes natures de la maladie, des aides et la richesse souvent insoupçonnées de l'accompagnement. La connaissance de soi, de l'autre, de la maladie côtoie intimement le savoir-être et le savoir-faire, au travers d'un échange riche d'émotions et de ressentis. Le vécu autour des prétextes du quotidien est alors indispensable pour un changement positif du regard sur cette période de vie. Cette participation de l'aidant lui permet d'acquérir un autre regard, d'améliorer son savoir-faire et savoir-être au service de l'être cher, de partager ses expériences.

Compte tenu du vieillissement de la population actuelle y compris celle des aidants dont l'âge moyen se situe à 60 ans, il est opportun de rechercher des solutions d'hébergement temporaire des personnes en perte d'autonomie qui répondront au plus de cas possible de carence ou de besoin de répit des aidants.

VI - L'offre de service en Hébergement Temporaire

6.1 Généralités

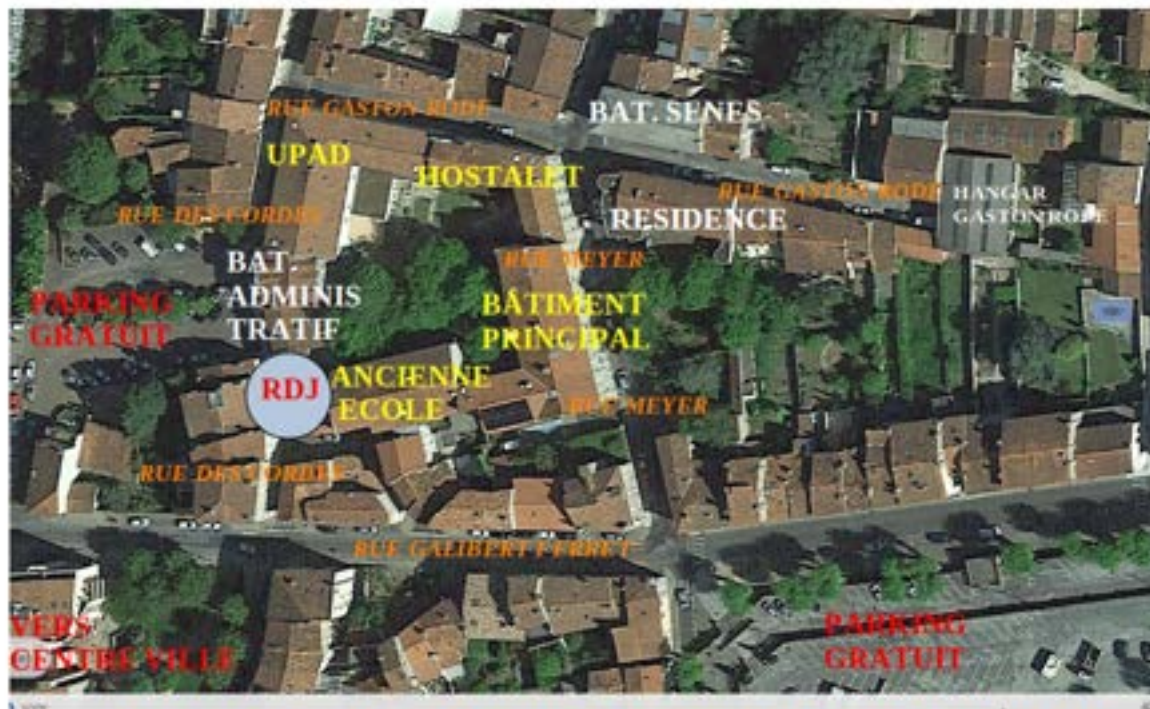
L'offre est constituée de 5 places d'hébergement temporaire intégrées dans un EHPAD, ensemble immobilier reconnu localement comme « Maisons Saint-Joseph » au centre-ville de Mazamet.



Pour garantir une dimension humaine, tout en bénéficiant de services fonctionnels transversaux efficaces grâce à la taille de l'établissement (service infirmier, soutien psychologique, animation...), celui-ci est organisé en six milieux de vie d'une vingtaine de places. Chaque unité comprend son espace lieu de vie, sa zone de restauration, son personnel affecté durablement avec sa responsable, des compétences spécifiques, un espace climatisé et certaines spécificités architecturales.

Chaque milieu de vie développe et pilote son projet d'accueil et d'accompagnement, affirme son caractère particulier, en cohérence avec l'ensemble de l'établissement. L'objectif est d'offrir un service à dimension humaine et familiale et particulièrement adapté aux besoins et attentes. Cet aspect correspond aux engagements de l'association Galibert-Ferret, et traduit son attachement aux valeurs familiales, conformément à la politique familiale en France.

Tous les bâtiments destinés à l'hébergement sont sur deux ou trois niveaux, desservis par ascenseur et reliés les uns aux autres. Il existe un tunnel souterrain afin de se rendre de manière sécurisée du bâtiment principal au bâtiment de la Résidence. Deux jardins ombragés sont à la disposition des personnes accueillies et de leur entourage (Résidence et cour intérieure bâtiment principal).



Vue aérienne des bâtiments de l'ensemble immobilier de l'association Galibert-Ferret – EHPAD SAINT JOSEPH



Les modalités pratiques de l'offre en hébergement temporaire (HT) sont identiques à celles de l'hébergement permanent et mobilisent de nombreuses ressources en interne :

1. **Phase d'inscription / pré-admission** où sont recueillies les données administratives et médicales nécessaires à l'ouverture du dossier patient et remise du livret d'accueil ;
2. **Phase d'admission** avec présentation de l'EHPAD et de l'unité d'accueil et informations sur les droits des personnes accueillies avec remise du contrat de séjour (ou DIPC) et règlement de fonctionnement notamment et explication sur les prestations sociales ;
3. **Phase d'intégration et d'évaluation** au sein de l'EHPAD avec l'équipe pluridisciplinaire et l'établissement du projet d'accompagnement et de soins personnalisés qui sera mis à jour suite aux évaluations réalisées et à la phase d'intégration de la personne accueillie et au recueil de ses besoins et attentes ainsi que ceux de son référent familial ;
4. **Phase du séjour temporaire** avec hébergement, restauration, accompagnement (jour et nuit) aux gestes quotidiens de la vie, soins techniques infirmiers et aide à la prise des médicaments et participation aux différentes activités proposées à l'EHPAD ;
5. **Phase de préparation à la fin du séjour** avec une évaluation des besoins nécessaires pour que le retour à domicile soit sécurisé et adapté en lien avec l'entourage et services d'aide à domicile (si besoin) ou aide à la préparation au transfert (données administratives et médicales incluses) dans une structure d'accueil spécialisée (EHPAD, résidence autonomie, logement senior...).

6.2 Tarifs et durée de « l'hébergement temporaire »

La Maison Saint Joseph étant un établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, le prix de journée est donc fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental. Le coût du séjour se répartit en un tarif hébergement et un tarif dépendance. Ces prix de journée entrent en vigueur selon les précisions de la réglementation et sont revus chaque année. Ils sont portés à la connaissance des personnes par voies d'affichages et notifiés à la personne accueillie et à son référent par le secrétariat (*DQ229 – Tarif de l'année*). La nouvelle tarification s'applique à partir du 1er janvier de chaque année, toutefois en cas de retard dans la fixation de la tarification par le Conseil départemental (ou dans la publication de l'arrêté), **un prix de journée moyen tenant compte du différentiel sera recalculé dès le premier jour du mois civil suivant l'arrêté fixant le nouveau tarif.**

➤ Le tarif « hébergement temporaire »

Il comprend la prestation dite hôtelière : restauration, mise à disposition d'une chambre meublée, fluides, entretien des espaces privatifs et communs, moyens de communication... sur la base d'un tarif journalier défini selon le type de chambre et le type d'hébergement. **Ce tarif est à la charge de la personne accueillie.** Son montant et son évolution sont fixés selon la base du tarif déterminé annuellement par le Conseil Départemental. L'offre proposée en chambre individuelle comprend un logement adapté à la dépendance avec téléphone, internet et TV, fourniture draps et linge de toilette, repas avec régime sur ordonnance, aide aux gestes quotidiens de la vie et soins infirmiers (dont médicament), accès aux animations, possibilité de blanchisserie en sus. D'autres modalités d'hébergement peuvent être temporairement proposées selon situation notamment une chambre à deux lits pour un couple.

➤ Le tarif « dépendance »

La dépendance liée au GIR de la personne accueillie est facturée chaque mois.

Une prise en charge partielle ou totale par le Conseil Départemental de votre domicile de secours peut-être réalisée si vous bénéficiez déjà d'une APA à domicile et avez fait la demande de transfert auprès de votre Conseil Départemental et selon durée du séjour. ***Dans tous les cas, le ticket modérateur correspondant au montant des « GIR 5 et 6 » reste à la charge de la personne accueillie, sa valeur indicative au 01/05/2025 est de 6,73 €.***

➔ Valeur indicative GIR 3 / 4 : 9,14 € / jour (15,87- 6,73)

➔ Valeur indicative GIR 1 / 2 : 18,76 € / jour (25,49 - 6,73)

➤ Le tarif « soins »

L'établissement a signé un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'ARS et le CD 81 qui l'autorise à accueillir des personnes dépendantes et à dispenser des soins et qui lui octroie en contrepartie une somme forfaitaire destinée à prendre en charge en partie les rémunérations des personnels soignants salariés. L'assurance maladie verse donc à l'établissement une dotation annuelle dite « forfait soins » lui permettant d'assurer la prise en charge en soins des personnes accueillies. Le personnel de l'établissement assure une permanence 24/24 h et 7/7 jours (appel malade, personnel de nuit) et veille à la continuité des soins, dans la limite des moyens alloués par les pouvoirs publics. En cas de besoin et/ou en cas d'urgence, il sera procédé, sur avis médical du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur, voire sur avis du médecin urgentiste, à l'hospitalisation du résident.

Les frais relatifs aux interventions des médecins (généralistes ou spécialistes) et autres professionnels médicaux ou paramédicaux libéraux (kinésithérapeute, podologue, ostéopathe, ...), les frais de transport, de laboratoire et de radiologie..., restent à la charge du résident qui se fait rembourser dans le cadre du droit commun. Ces intervenants sont librement choisis par le résident (cf. DQ098). S'agissant des médicaments, ils font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale et la mutuelle du résident via sa carte vitale. Toute personne a le libre choix de son pharmacien.

MODALITÉS DE TARIFICATION DE L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

TARIF JOURNALIER HÉBERGEMENT cf. DQ229 au 01/05/2025 : 74,34 euros / jour.

+ Ticket Modérateur : 6.73

+ Tarif Dépendance selon GIR (pour les GIR 4 à 1)

Réservation :

Les réservations doivent être garanties par des arrhes égales à 20 % du montant du séjour. Les arrhes sont déductibles à la fin du séjour. Les réservations sont fermes et définitives.

Frais d'annulation :

- De 20 à 14 jours avant la date de séjour : 50 % d'arrhes seront conservés
- De 13 à 7 jours avant la date de séjour : 75 % d'arrhes seront conservés (a minima une journée)
- A moins de 6 jours avant la date de séjour : la totalité des arrhes est conservée.
- Séjour écourté : Il sera facturé la valeur d'une journée à titre de dédommagement.

Prise en charge du linge :

Concernant l'hébergement temporaire, et sous réserve de la possibilité de l'établissement, du besoin du résident et de la durée du séjour, **il peut être convenu que le nettoyage du linge personnel soit pris en charge lors du séjour temporaire à condition de ce linge arrive marqué au nom du résident.**

Cette faculté ne peut s'appliquer que pour les séjours au-delà de huit jours compte tenu du roulement du linge à la semaine.

Durée du séjour (hors dispositif HT-SH d'une durée maximale de 30 jours):

La durée minimale du séjour est d'une journée et la durée maximale est d'un mois (sauf motif clair - de date à date - supérieur à 30 jours demandé, justifié et validé par l'équipe admission).

Le contrat est toutefois renouvelable sur décision de la commission interdisciplinaire sans pouvoir excéder 3 mois (90 jours sur une période de 12 mois en séjour continu ou en séquentiel).

Les séjours en hébergement temporaire d'au moins un mois, ne peuvent servir à court-circuiter la liste d'attente de l'établissement. Toutefois, si une place est disponible à l'issue du séjour temporaire ou dans un délai court (3 mois maximum), ce séjour en hébergement définitif ne pourra comporter de période d'essai ou de délai de rétractation.

➤ Le tarif spécifique à « ZÉRO EURO » du dispositif d'hébergement temporaire en « sortie d'hospitalisation » HT-SH

Cet accueil spécifique s'adresse aux personnes de 60 ans et plus, en perte d'autonomie, classées en GIR 1 à 4 à l'entrée dans le dispositif. **La durée est limitée à 30 jours renouvelable une fois en cas de nécessité de sécuriser le retour à domicile. Les chambres d'hébergement temporaire « 171 » de l'unité GAUGUIN et « 238 » de l'unité VAN GOGH lui sont spécifiquement dédiées. Ce dispositif spécifique permet de proposer à la personne accueillie bénéficiaire un reste à charge nul.** En effet, un financement complémentaire de l'ARS couvre l'intégralité du reste à charge journalier de la personne ainsi accueillie et simplifie la gestion de cet hébergement spécifique par l'EHPAD (absence de facturation).

Le financement de ce dispositif par l'ARS Occitanie s'élève à maximum 30 000€/an/place d'HT-SH. Il a vocation à couvrir l'intégralité des frais hébergement et dépendance pour les séjours d'HT-SH correspondant à un taux d'occupation des places à hauteur de 80%. Il sert également à couvrir des coûts supplémentaires liés à la mobilisation supplémentaire de personnel afin de faire fonctionner ce dispositif. Cette dotation complémentaire se rajoute à la dotation d'ores et déjà versée au titre de la dotation soins pour le financement de la place d'hébergement temporaire classique. Ce financement HT-SH fait l'objet d'un suivi particulier et de recueil de données pouvant amener à régulariser à la dotation annuelle selon l'activité réellement réalisée.

6.3 Les chambres dédiées à l'hébergement temporaire

Le projet de service Hébergement Temporaire « Entre-temps » (DQ535) veut répondre localement à un besoin d'accueil temporaire destiné :

- à prendre en charge ponctuellement des personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ;
- à permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant ;
- à attendre une place en hébergement permanent dans un établissement médico-social lorsque le maintien à domicile est compromis ;
- de répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement ou autre situation.

L'offre de l'EHPAD est constituée de 5 places en hébergement temporaire intégrées dans l'EHPAD et dédiée à cet accompagnement spécifique. Les chambres sont dans les différentes unités pour vie de l'établissement pour adapter l'accompagnement aux besoins de la personne temporairement accueillie. La procédure d'admission est semblable à celle des hébergements définitifs et la prise en charge identique en terme de soins et d'aide à la vie quotidienne. Le logement est meublé avec salle de bain adaptée, fourniture du linge plat, télévision, accès téléphonique et WIFI.

Les chambres sont les suivantes :

- ✓ **Unité Gauguin « chambres 171 HT-SH et 141 » au 1er étage** pour assurer une réponse à des besoins polyvalents et permettre un répit des aidants en toute sécurité pour leurs proches accueillis ;
- ✓ **Unité Van Gogh « chambres 238 HT-SH et 271 » au 2ème étage** pour assurer une réponse à des besoins polyvalents et permettre un répit des aidants en toute sécurité ;
- ✓ **Unité Alzheimer « chambre 010 » au Rdc** pour assurer une aide à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentée, à un stade léger à modéré, avec trouble du comportement.

Chaque chambre conforme en terme de normes « incendie » dispose de sa propre salle de bain adaptée au handicap, de son mobilier (lit, adaptable, chevet, table / bureau avec chaise, fauteuil confort) avec placard / rangement, de son linge plat et de toilette (produits d'hygiène à prévoir), d'une ligne téléphonique dédiée, d'une télévision (TNT + KTO), d'un système d'appel malade et d'un panneau d'information avec les noms des principales personnes à connaître au sein de l'EHPAD notamment la référente AS de l'unité d'accueil, le personnel administratif, l'infirmière coordinatrice et la psychologue, le médecin coordonnateur, la qualitiennne et l'équipe animation.

Chaque unité de vie comprend un lieu de vie climatisé avec vue sur le parc intérieur au travers de larges baies vitrées, où les personnes nécessitant une aide au repas sont soutenues, et les activités organisées. Une équipe d'aides-soignantes et d'agents de service est attachée à chaque unité, avec sa responsable.

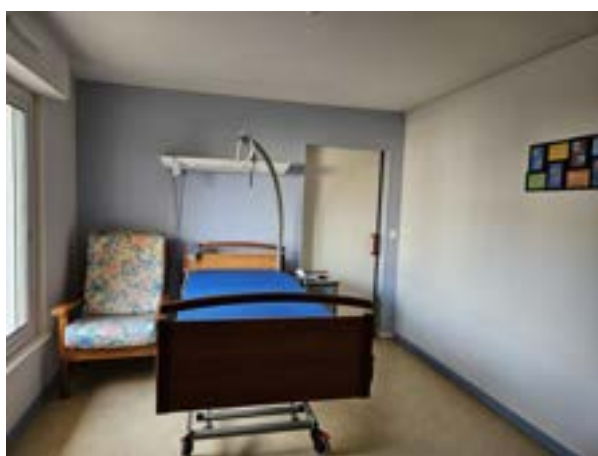
A / Milieu de vie « GAUGUIN »

L'objectif est d'apporter une aide pour compenser, dans la limite des moyens disponibles, la perte d'autonomie due à la maladie et l'âge. Cette unité, située au 1er étage du bâtiment principal comprend **18 chambres individuelles** adaptées avec salle de bain (une partie de l'unité a été rénovée en 2024) ainsi que **2 chambres réservées pour l'hébergement temporaire** (Ch. 171 HT-SH et 141). L'unité dispose d'un lieu de vie climatisé avec office, cuisine thérapeutique et espace TV, de circulations (couloirs) climatisées pour favoriser le confort d'été et d'un autre lieu de vie plus petit pour les activités sociales.





La chambre 141 (en vert du schéma infra) d'une superficie de 20 m² se situe au milieu de l'unité de vie avec vue sur la cour intérieure.



La chambre 171 (en jaune du schéma infra) d'une superficie de 22,5 m² se situe au bout de l'unité à proximité de la salle infirmière et du lieu de vie, c'est pourquoi elle est utilisée pour le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.



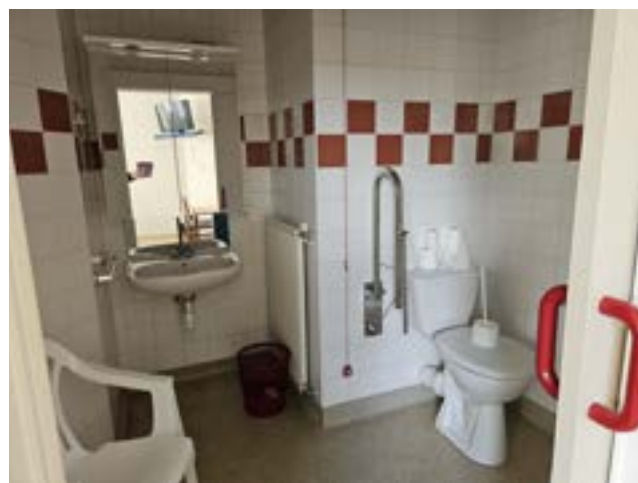
B / Milieu de vie « VAN GOGH »

L'objectif est d'apporter une aide pour compenser, dans la limite des moyens disponibles, la perte d'autonomie due à la maladie et à l'âge. Cette unité, située au 2^{ème} étage du bâtiment principal comprend **19 chambres individuelles** adaptées avec salle de bain (une partie de l'unité a été rénovée en 2024) ainsi que **2 chambres réservées pour l'hébergement temporaire** (Ch. 271 et 238 HT-SH). Il existe dans cette unité 2 * 2 chambres dite assimilées avec un logement individuel et une salle de bain commune à la chambre voisine. Ce type de logement accède à un tarif plus attractif. L'unité dispose d'un lieu de vie climatisé avec office, cuisine thérapeutique et espace TV, de circulations (couloirs) climatisés pour favoriser le confort d'été et d'un autre lieu de vie plus petit pour les activités sociales.





La chambre 238 (en jaune du schéma infra) d'une superficie de 20 m² se situe au milieu de l'unité de vie à proximité du second lieu de vie. Elle est dédiée à l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.



La chambre 271 (en vert du schéma infra) d'une superficie de 22,5 m² se situe au bout de l'unité de vie à proximité de la salle de soin et du lieu de vie, c'est pourquoi elle est utilisée pour le dispositif HT-SH.



C / Milieu de vie dit « Unité Alzheimer UPAD »

La personne accueillie dans cette unité spécifique présente des troubles de l'orientation, du comportement et déambulation (diagnostic confirmé par un médecin) avec un risque de sortie à l'insu du service... **Cette unité spécialement sécurisée comprend 23 chambres individuelles adaptées avec salle de bain et TV dont 1 réservée à l'hébergement temporaire (Ch. 010) à proximité du lieu de vie pour faciliter le repérage des lieux de la personne accueillie.** Cette unité de vie accueille des résidents qui nécessitent une prise en charge spécifique au quotidien.

Ce bâtiment indépendant a été conçu pour limiter les risques, il présente des secteurs de déambulation intérieure et extérieure (terrasse sécurisée). Le rez-de-chaussée climatisé est dédié aux espaces de vie, d'activité et de restauration avec des zones de différentes superficies pour répondre aux éventuels besoins d'isolement à certains moments de la journée. Les personnes accompagnées restent dans cette zone la journée pour limiter les troubles grâce à la mise en place d'activité occupationnelle par le personnel dédié et formé de cette unité.

L'unité dispose aussi d'une chambre de repli et de relaxation (activité type snoezelen), d'un espace balnéothérapie et d'un salon d'accueil des familles climatisé pour rendre visite sans perturber ou être perturbé par les autres résidents de l'unité et de permettre aux visiteurs et entourage familial de s'isoler avec la personne et de partager un moment avec elle, en toute intimité. Les proches et en particulier l'aidant principal sont des acteurs majeurs dans cette prise en charge, ils sont à ce titre sollicités en tant qu'acteurs de l'accompagnement.

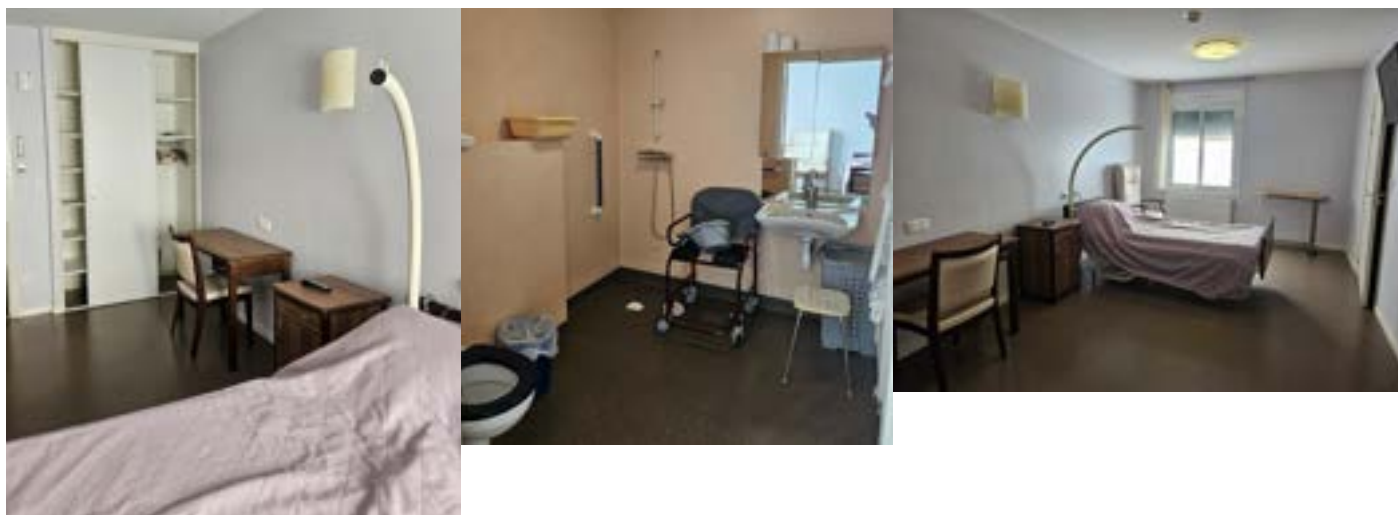
Le projet spécifique de cette unité de vie est d'assurer une aide à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentée, à un stade léger à modéré, avec déambulation et/ou fugue. La déambulation est favorisée. Les entrées et sorties de l'ensemble de l'unité et de l'établissement présentent des dispositifs rendant presque impossible la fugue d'une personne atteinte d'un déficit cognitif, tout en laissant la liberté d'entrer et de sortir pour les autres.

Les repas sont normalement pris à la salle à manger climatisée de l'unité. L'unité dispose d'un accès sécurisé à l'extérieur sur une terrasse avec « jardinou » et plantes potagères. Il existe aussi un espace « atelier cuisine », une salle de jeux, une salle d'activités pour petits groupes ou pour l'intervention de la psychomotricienne ou l'ergothérapeute, 2 espaces TV dont l'un multimédia, un mur d'expression, un accès à internet.

Une équipe d'aides-soignantes, d'aide médico-psychologique, d'assistants en gérontologie et d'agents de service est attachée à cette unité, avec sa responsable.



La chambre 010 (en jaune du schéma infra) d'une superficie de 28 m² se situe en rez-de-chaussée de l'unité sécurisée à proximité des lieux d'activité.



D / La Maison Saint-Joseph

La maison Saint-Joseph dispose également d'un grand restaurant / salle à manger climatisé et commun à toutes les personnes accueillies dans l'EHPAD situé au rez-de-chaussée du nouveau bâtiment HOSTALET d'une capacité d'un soixantaine de couverts, d'une grande salle d'animation climatisée en rez-de-chaussée avec accès au jardin et d'un espace de vie PASA avec salle d'activités physiques.



VII - Les modalités de l'Hébergement Temporaire

7.1 La procédure d'admission et d'évaluation en Hébergement Temporaire

Pour accueillir au mieux la personne dans son nouveau lieu de vie, même pour une période temporaire, il est absolument nécessaire d'être convaincu de l'importance de la préparation à l'entrée et de la période d'accueil. De plus, tout au long du séjour, il est nécessaire de repérer les changements des besoins et attentes, plus généralement de la situation de la personne en considérant son environnement familial, social, matériel, son histoire de vie. Le projet de vie est alors réactualisé, modifiant le projet personnalisé d'accompagnement.

L'établissement a fait le choix de mobiliser beaucoup de ressources à cet accueil et à cette réactualisation. C'est le rôle du **processus « Évaluer, orienter, admettre »** qui s'applique à l'hébergement temporaire. Il est décrit par deux outils : une fiche de processus FPRO 020 et le processus PROCES 022 à demander au service qualité, au dernier indice.

Les documents qualité ci-dessous permettent de repérer les éléments essentiels nécessaires pour un accompagnement efficace. Les moyens sont précisés dans les cadres verts. Les cadres bleus présentent les éléments nécessaires à l'accompagnement (données d'entrée dans le cadre bleu à gauche) et les services rendus avec les exigences qualité (données de sortie dans le cadre bleu à droite). Le rond jaune donne la dimension du processus avec la première et la dernière action réalisée. Les pilotes sont désignés dans le cadre en dessous. Ils sont les animateurs de ce processus.



Le processus Process 022 décrit qui fait quoi, où, quand, comment et avec quoi.



Ce processus est complété par la fiche d'instruction FI 317 « inscription, pré-admission, accueil à l'admission ». Son objet est de décrire ce que fait l'équipe d'admission (IDEC et psychologue), le médecin coordonnateur et le reste du personnel pour l'inscription, la pré-admission et l'accueil à l'admission d'un futur résident.

L'évaluation des besoins et des attentes passe par des rencontres entre l'équipe d'admission, la personne à accueillir et son entourage aidant au besoin par des visites à domicile ou au service où la personne est hospitalisée. Les différents partenaires doivent être associés (tutelle, médecins traitants, infirmière libérale, service de gériatrie, assistante sociale, service d'aide à domicile...). Ces rencontres permettent de remplir le DQ 26 « fiche des besoins des résidents » et le dossier médical DQ 336.

Le projet de vie individualisé est élaboré avec la personne, l'équipe d'admission, son entourage sous réserve de l'acceptation de la personne, et consigné dans l'Annexe1 du contrat de séjour, DQ 098. Toutes les informations sont alors communiquées aux services concernés, avec traçabilité des échanges.

Par ailleurs, la plupart des demandes de séjour en EHPAD sont aujourd'hui supervisées par le **portail ViaTrajectoire** qui est un outil d'aide à l'orientation en structures sanitaires ou en structures médico-sociales. Ce service, financé par l'ARS, est totalement gratuit et sécurisé. Il s'adresse aux personnes âgées et / ou en situation de handicap qui cherchent une place dans une structure d'hébergement spécialisée. Il s'agit d'une plate-forme sécurisée d'orientation et de mise en relation dans le domaine de la santé => <https://usager.viatrajectoire.fr>

L'admission en hébergement temporaire est prononcée, par délégation de la direction, par l'infirmière coordinatrice ou la géronto-psychologue, après examen :

- Du dossier administratif et financier,
- De l'avis du médecin traitant,
- De l'avis du médecin coordonnateur de l'établissement après lecture du dossier médical,
- Du projet de vie de la personne, s'il peut être exprimé,
- De l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la problématique de la personne,
- Des places disponibles et des moyens alloués par les pouvoirs publics / profil de la personne.

Une procédure d'admission a été établie :

- **L'entrée se fait entre 14h et 16h00, du lundi au vendredi** (pas d'admission le week-end) ;
- Le personnel soignant (AS / IDE) présent l'après-midi accueille la personne ;
- Un affichage est également mis en place dans le bureau des soignants ainsi qu'une information sur le logiciel de soins ;
- Une place au restaurant, est définie, en amont, par les soignants, en collaboration avec le service de restauration en privilégiant des affinités ;
- une pré-évaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire pour préparer le projet personnalisé de soins et de vie.

L'admission de la personne accompagnée est prononcée lorsque celle-ci (ou son représentant légal) s'est engagé à respecter le contenu du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement.

L'établissement attache une grande importance à respecter le choix du résident. Il est donc systématiquement recherché le consentement de ce dernier dès l'entrée dans l'établissement. Toutefois, en situation d'urgence pour certains cas d'hébergement temporaire, l'admission est prononcée, par délégation de la direction, par l'infirmière coordinatrice ou la géronto-psychologue, après avis des partenaires et des pièces administratives disponibles autant que la situation d'urgence le permet.

7.2 Les modalités de l'admission en dispositif HT-SH

La phase d'admission est identique aux autres modalités de l'hébergement temporaire, les partenariats mis en place en amont avec les structures hospitalières du bassin permettent de favoriser le recueil des données. **Un formulaire de demande spécifique lié au dispositif HT-SH a été mis en place DQ675**, il permet d'accélérer la phase d'admission en recueillant les principales informations et données nécessaires au séjour HT-SH et établit la liste des pièces indispensables à son bon déroulement.

L'admission en séjour temporaire donne lieu à l'établissement d'un **document individuel de prise en charge (DIPC DQ673)** prévu par les articles L. 311-4 et D. 311 du CASF. Les modalités de sortie du dispositif notamment le retour à domicile ou le transfert dans un autre établissement sont travaillées avec les différents protagonistes avant la fin du séjour et précisées dans le dossier de la personne accompagnée. Les partenariats mis en place avec les services d'aide et de soins à domicile permettent de préparer un retour adapté et sécurisé au domicile de la personne temporairement accueillie. La période d'hébergement temporaire peut être mise à profit pour inciter la personne concernée, avec le soutien de sa personne de confiance, si désignée, à rédiger ses directives anticipées.

Plus largement, l'association des proches aidants doit être recherchée à différentes étapes :

- dans le projet d'orientation vers le dispositif HT-SH ;
- dans l'élaboration d'un projet d'accompagnement individualisé pendant le séjour ;
- lors de la prise en compte du projet de vie en sortie du dispositif.

Tout au long de ce court séjour, il faut analyser les besoins et attentes de la personne accompagnée en considérant son environnement familial, social, matériel, son histoire de vie et son domicile. L'établissement a fait le choix de mobiliser beaucoup de ressources à cet accueil. C'est le rôle du processus « Évaluer, orienter, admettre » qui s'applique à l'hébergement temporaire. L'évaluation des besoins et des attentes passe par des rencontres entre l'équipe d'admission, la personne à accueillir et son entourage aidant. Les différents partenaires doivent être associés (tutelle, médecins traitants, service de gériatrie, assistante sociale, service d'aide à domicile...). Ces rencontres permettent de remplir le DQ 26 « fiche des besoins des résidents » et le dossier médical DQ 336. L'établissement attache une grande importance à respecter le choix du résident. Il est donc systématiquement recherché le consentement de ce dernier dès l'entrée dans l'établissement.

Lors de l'admission sont renseignés les éléments suivants :

- le secrétariat consigne les renseignements administratifs et les intervenants familiaux (personne de confiance et personne à prévenir dit référent familial) et recueille les éléments administratifs
- le médecin coordonnateur ou le médecin traitant saisissent les données concernant les pathologies, les antécédents, les allergies et les informations complémentaires médicales pour établir la charge en soins (Pathos) ;
- le recueil des habitudes de vie, de l'histoire de vie, des attentes et des besoins de la personne accueillie est assuré par l'équipe soignante sur un support spécifique ;
- Les évaluations standards nécessaires sont réalisées par le personnel habilité pour ajuster le plan de soins et d'accompagnement aux gestes quotidiens pré-établis lors de l'admission ;
- Le projet de vie individualisé est élaboré avec la personne, l'équipe d'admission, son entourage sous réserve de l'acceptation de la personne, et consigné dans le DIPC HT-SH DQ673.

Une procédure d'admission a été établie :

- **L'entrée se fait entre 14h et 16h00, du lundi au vendredi** (pas d'admission le week-end) ;
- Le personnel soignant (AS / IDE) présent l'après-midi accueille la personne ;
- Un affichage est également mis en place dans le bureau des soignants ainsi qu'une information sur le logiciel de soins ;
- Une place au restaurant, est définie, en amont, par les soignants, en collaboration avec le service de restauration en privilégiant des affinités ;
- une pré-évaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire pour préparer le projet personnalisé de soins et de vie ;
- une analyse des besoins en matériel et soins nécessaires lors de la phase de retour à domicile à l'issue du séjour temporaire en dispositif HT-SH est débutée, pour avoir le temps de s'organiser avec éventuellement les partenaires du domicile et l'entourage, sur le délai de 30 jours de ce dispositif et ce en lien avec les acteurs du domicile partenaires.

La phase d'admission est identique aux autres modalités de l'hébergement temporaire, les partenariats mis en place en amont avec les structures hospitalières du bassin permettent de favoriser le recueil des données. L'admission en séjour temporaire donne lieu à l'établissement d'un document individuel de prise en charge (DQ673 - DIPC HT-SH) prévu par les articles L. 311-4 et D. 311 du CASF. Les modalités de sortie du dispositif notamment le retour à domicile ou le transfert dans un autre établissement sont travaillées avec les différents protagonistes avant la fin du séjour et précisées dans le dossier de la personne accompagnée. Les partenariats mis en place avec les services d'aide et de soins à domicile permettent de préparer un retour adapté et sécurisé au domicile de la personne temporairement accueillie.

Les bénéficiaires de cette mesure sont les personnes âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, classées de GIR 1 à 4 à l'entrée dans le dispositif. La durée du séjour maximale est de 30 jours (renouvelable une fois en cas de nécessité) avec un reste à charge nul pour la personne accueillie.

La personne âgée est informée qu'au-delà des 30 jours de séjours en HT-SH (renouvelable une fois en cas de besoin justifié – décision validée par l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD), le maintien en hébergement temporaire de droit commun est possible (durée maximale cumulée de 90 jours), au sein de l'EHPAD ou d'un autre établissement disposant de places autorisées. L'hospitalisation et l'hébergement temporaire par la suite peuvent également être mis à profit pour inciter la personne concernée, avec le soutien de sa personne de confiance, si désignée, à rédiger ses directives anticipées.

Plus largement, l'association des proches aidants doit être recherchée à différentes étapes :

- dans le projet d'orientation vers le dispositif ;
- dans l'élaboration d'un projet d'accompagnement individualisé pendant le séjour ;
- lors de la prise en compte du projet de vie en sortie du dispositif.

Cet hébergement temporaire a néanmoins une date de fin déterminée où la personne accueillie devra retourner à son domicile ou avoir préalablement opter pour un autre mode d'hébergement payant. Le maintien dans la chambre HT-SH ne pourra être maintenue au-delà du délai fixé.

7.3 L'accompagnement personnalisé

La personnalisation de l'accompagnement et des prestations est prise en compte, en s'appuyant sur le projet de vie. Cette démarche, selon la durée du séjour, se co-construit avec la personne et son entourage. À l'issue du recueil des différentes informations lors de la phase d'admission et, dans le cadre d'une démarche bien-traitante, le « projet personnalisé HT » est élaboré en réunion pluridisciplinaire. Outre le plan de soins médicaux, paramédicaux et soutien psychologique défini par l'état de santé, la pathologie et les directives médicales, le projet personnalisé se décline en plusieurs parties relatives au plan d'aide aux gestes quotidiens de la vie et au projet de vie sociale.

L'équipe pluridisciplinaire, pivot de l'accompagnement, se réunit hebdomadairement, sous le pilotage du médecin coordonnateur de l'établissement, comprenant l'infirmière coordinatrice, la géronto-psychologue, le personnel infirmier & autres professionnels paramédicaux selon les besoins. Elle évalue la situation, les incapacités et potentialités de la personne, ses difficultés, son vécu, son histoire et elle va proposer un projet de vie spécifique, tout en s'appuyant sur son réseau naturel et son médecin traitant (directeur du traitement médical). Cette équipe est force de proposition pour tous, mais assume aussi ce suivi vigilant pour garantir l'intérêt et le bien être de la personne. Elle oriente et adapte les différents plans : plan de soins, plan d'aide aux gestes quotidiens de la vie, choix de l'unité, propositions d'activités thérapeutiques et/ou d'animations...

La personne accueillie garde le libre choix de ses médecins généraliste et spécialiste, ainsi que de son kinésithérapeute, pharmacien, ambulancier, biologiste, hôpital ou clinique ... Toutes les consultations médicales externes sont à la charge de la personne accueillie, ainsi que le transport.

La personne accueillie a toujours des attentes explicites ou implicites qui peuvent se différencier de ses proches, de son représentant légal... et qui permettent d'ajuster la prise en charge médicale et le plan d'accompagnement. Le travail des professionnels consiste à aider la personne à affiner sa compréhension de sa situation, exprimer ses attentes et construire avec elle le cadre d'un accueil et d'un accompagnement personnalisé.

Les attendus de ce projet sont inscrits dans le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) DQ098 HT classique et DQ673 dispositif HT-SH et permet d'ajuster l'accompagnement. Il se traduit ensuite en tâches dans le logiciel de soins (Netsoins).

Le projet personnalisé comprend un **plan d'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne** concernant notamment :

- Aide à la toilette et à l'habillage,
- Aide au transfert et à la mobilité,
- Aide au repas et suivi de l'alimentation,
- Aide à la prise des médicaments,
- Gestion de l'incontinence,
- Gestion des troubles du sommeil,
- Lien social (animation), citoyen, culturel et culturel,
- Prévention de la perte d'autonomie avec des activités spécifiques à visée thérapeutique.

Le projet personnalisé favorise le bien-être et l'autonomie de la personne dans un contexte d'accompagnement global, en lien avec sa prise en charge médicale et paramédicale, en tenant compte de son histoire de vie, de ses habitudes, de ses souhaits, de ses attentes et de ses aptitudes générales. Il identifie aussi des actions de prévention nécessaires à la prise en charge.

7.4 Le respect du droit des usagers

La protection des droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD repose sur un ensemble de textes internationaux et européens ratifiés par la France et destinés à protéger tous les êtres humains, et en particulier les plus vulnérables d'entre eux. Ces droits sont expliqués au travers des différents outils de la loi 2002-02 et des libertés individuelles de la personne accompagnée :

- contrat de séjour DQ027 – Document individuel de prise en charge DQ098 et DQ676 HT-SH
- règlement de fonctionnement DQ390
- livret d'accueil DQ320
- chartes des droits et libertés et de la personne âgée DQ237, de la bientraitance DQ574...
- projet d'établissement DQ656
- représentation des usagers via le Conseil de la Vie sociale
- procédure d'évaluation des autorités (évaluation HAS de 07/2024, contrôle ARS de 02/2024...).

Toute personne, quel que soit son degré d'autonomie, a le droit d'exercer son libre arbitre et son droit de regard pour toutes les décisions qui concernent sa vie. Pour exercer ce droit avec le maximum d'autodétermination, les personnes accueillies doivent avoir un certain niveau de compréhension sur ce qui les concerne et pouvoir s'appuyer sur un proche en qualité de personne de confiance. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est aussi un acteur majeur dans l'élaboration et le suivi des outils de défense des droits et libertés des personnes accueillies dans l'EHPAD.

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définies par la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que par la charte des droits et libertés de la personne dépendante (DQ 237). Ces chartes sont affichées au sein de l'établissement et remises au moment de l'admission. Elles sont aussi disponibles sur l'Intranet ou au service « Qualité ».

Au-delà des principes énoncés par les chartes et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la prise en charge au sein de l'EHPAD se caractérise par une individualisation de l'accompagnement et la prise en compte de la singularité de la personne accueillie par l'écoute de ses choix et de ses envies et le respect de ses habitudes de vie et de ses besoins.

Riches d'un vécu, de connaissances, de savoirs..., les personnes accueillies ont une place dans la société et cette place doit être reconnue et préservée, les personnes accueillies doivent pouvoir conserver leurs libertés, leurs droits et leurs devoirs de citoyens. L'entrée en EHPAD ne constitue pas la fin d'une vie mais une nouvelle étape de la vie. En tant que lieu de vie, et de par les obligations qui incombent vis-à-vis des personnes vulnérables, la personne âgée est accueillie, aidée, soignée, accompagnée en tenant compte de sa personnalité, en évitant des mises en situation dévalorisantes et en garantissant ses droits et ses libertés fondamentales notamment :

- le droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et de son intimité,
- le droit à la sécurité des biens et des personnes,
- le droit au respect de sa personnalité, liberté d'expression et de son individualité,
- le droit à l'exercice des droits civiques et de la citoyenneté,
- le droit à la pratique religieuse et la liberté de culte,
- le droit à l'information et à la confidentialité des données,
- le droit au maintien de lien social,
- le droit à l'image,
- le droit de mourir dans la dignité.

7.5 La démarche d'amélioration continue

L'organisation de l'établissement est intimement liée à son système qualité certifié ISO 9001 depuis 2003. Cette organisation est le fruit d'une réflexion ayant démarré en 1999, portée par tous (association, salariés...) et réactualisée tous les ans au travers des audits internes, externes et des revues de processus et de direction. Le système management qualité est décrit par le manuel qualité (MQ030). Chaque année, un audit qualité est réalisé à la recherche d'éventuelles non conformités et de pistes d'amélioration de nos pratiques, d'abord en interne puis par un organisme extérieur. Enfin, tous les 3 ans, la certification ISO est réévaluée par Bureau Veritas.

Le domaine d'activité certifié : Accompagner le vieillissement : Soigner, Accueillir, Restaurer, Animer, Aider, Héberger connu sous l'acronyme SARAHA. Le système de management de la qualité de l'établissement se réfère à la norme internationale ISO 9001 : version 2015.

Le périmètre est constitué de l'ensemble des unités de vie de l'EHPAD Saint Joseph (Bâtiment RÉSIDENCE, Bâtiment Principal avec les unités GAUGUIN 1er étage, VAN GOGH 2ème étage et TOULOUSE-LAUTREC 3ème étage, Bâtiment UPAD et Bâtiment HOSTALET,...).

Le champ d'application prévu concerne les activités clefs de l'établissement présentées dans la cartographie CA019 ci-dessous :



La qualité, ou politique d'amélioration de la qualité du service rendu, n'intervient pas directement dans l'accompagnement au quotidien des résidents, ni dans le fonctionnement de l'établissement, mais elle permet d'améliorer la vie des résidents, de leurs proches, et celle des professionnels en offrant aux premiers des moyens d'exprimer leurs attentes, satisfactions et insatisfactions, et aux seconds des outils pour évaluer, améliorer et adapter leurs pratiques.

La gestion des risques est l'ensemble des activités permettant d'identifier les risques encourus par les usagers, les professionnels, les structures elles-mêmes, de proposer et de mettre en œuvre des moyens de prévenir les « événements indésirables » ou de diminuer leur fréquence et/ou leur gravité, et d'organiser la continuité du service en cas de situation de crise. La qualité et la gestion des risques ont à l'origine des objectifs différents, mais elles sont liées par des méthodologies proches, leur transversalité et les impacts générés par les actions de l'une sur l'autre : l'amélioration des pratiques concourt à limiter les risques, l'instauration d'un sentiment de sécurité favorise le bien-être et la satisfaction. Ces deux démarches sont donc indissociables.

La qualité et la gestion des risques sont des démarches collectives portées par l'équipe de direction et impliquant l'ensemble des professionnels (réunion COPIL GESTION DES RISQUES chaque lundi matin). Elles découlent des orientations stratégiques de l'établissement et supportent les objectifs fixés en matière d'accompagnement des personnes, de prise en soins et de qualité de vie au travail. Par ailleurs, dans le cadre de la prévention des risques, le traitement au quotidien d'événements non prévus, survenus, fait partie intégrante de la démarche qualité de l'établissement.

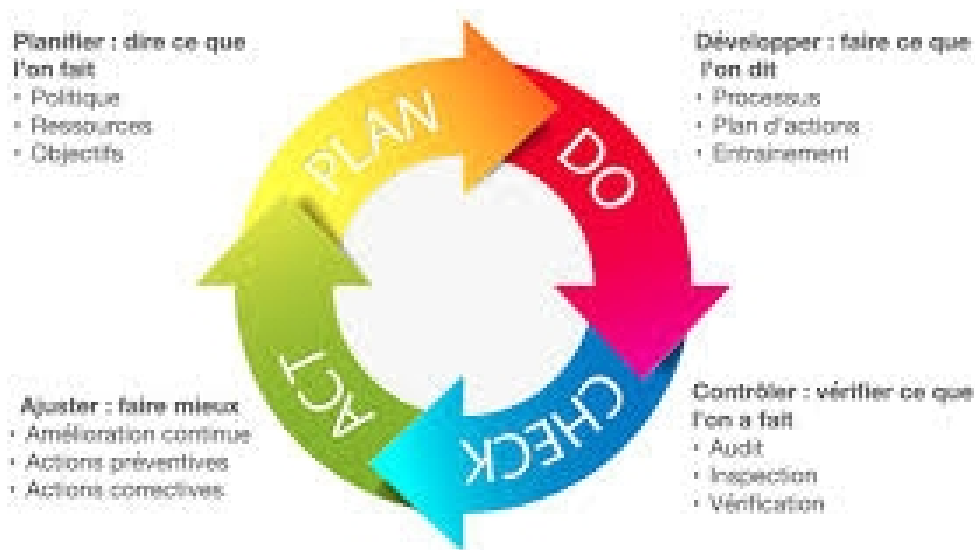
Notre système qualité prévoit aussi une analyse régulière de la satisfaction de nos clients par :

- ✓ l'analyse de chaque plainte et réclamation,
- ✓ une enquête annuelle auprès de 20 de nos personnes accueillies communicantes,
- ✓ une enquête annuelle auprès de 30 des familles de nos résidents,
- ✓ une enquête annuelle « baromètre » de la qualité de vie au travail et de la satisfaction de nos personnels salariés est réalisée chaque fin d'année,
- ✓ de nombreux indicateurs de suivi de nos processus qualité,
- ✓ une évaluation annuelle de nos différents partenaires,
- ✓ des revues de processus annuelles ; animation, hébergement, soin ,et revue de direction,
- ✓ des réunions régulières du Conseil de la Vie Sociale,
- ✓ des réunions régulières du Comité Sociale & Économique.

Par ailleurs, la norme ISO 9001 implique une certaine culture partagée notamment :

- la boucle PDCA : Plan Do Check Act ;
- la traçabilité permanente ;
- l'écoute client (attentes, besoins, satisfaction) ;
- le concept de processus (entrées, sorties) ;
- l'analyse des problèmes (dysfonctionnement, réclamation, non-conformité),
- l'analyse des événements indésirables,
- le traitement des problèmes : recherche des causes et mises en place des actions : suivi, communication, action curative, palliative, corrective, préventive.

La démarche d'évaluation constitue un levier de mobilisation des professionnels, dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des accompagnements délivrés aux personnes accueillies. L'évaluation du niveau de qualité des prestations délivrées par les ESSMS est réalisée par des organismes extérieurs indépendants et autorisés à procéder aux évaluations dites « HAS » Cette procédure d'évaluation, indépendante de l'ESSMS et de ses autorités de tarification et de contrôle, porte sur la qualité des prestations délivrées aux personnes accompagnées et a été réalisé en 07/2024.



VIII – Coordination des soins en Hébergement Temporaire

8.1 La prise en charge en interne

Le projet de soins définit les modalités d'intervention des professionnels, qu'ils soient internes ou externes à l'établissement, et donc l'ensemble des actions mises en place pour répondre aux besoins physiques, psychiques et relationnels des personnes âgées en lien et en cohérence avec le projet d'établissement. L'établissement a pour mission d'assurer la continuité des soins, de jour comme de nuit 24h/24, 7j/7. Même si l'EHPAD est avant tout un lieu de vie, sa médicalisation est indispensable à la qualité de vie et au bien-être du résident dans toutes les étapes de son accompagnement. Les équipes doivent délivrer une prise en soins médicale optimale et les meilleurs soins possibles par un accompagnement individuel de chaque résident. La dépendance de la personne est évaluée, l'accompagnement est adapté pour favoriser le maintien des capacités physiques et intellectuelles restantes en laissant le temps de faire. L'objectif opérationnel est de pratiquer des soins techniques avec une prise en charge pluridisciplinaire. Les soignants dispensent des soins adaptés aux personnes âgées dépendantes. Il s'agit d'un soin global multidimensionnel, qui prend en compte les composantes somatiques, psychologiques, sociales et spirituelles, les habitudes de vie et les relations antérieures à la prise en charge institutionnelle. L'EHPAD dispose d'un logiciel de soins informatisé «NETSOINS» accessible à tous les professionnels de l'établissement et à tous les intervenants externes.

Le suivi et l'accompagnement des personnes accueillies doit être réalisé en continu 7j/7 et 24h/24.

La présence de personnel soignant diplômé (IDE / DEAS) permet cette continuité des soins en EHPAD. L'équipe de jour assure le suivi dans les horaires d'ouverture des cabinets médicaux avec un personnel IDE dédié à la relation médicale. L'EHPAD dispose de sacs d'urgence et de défibrillateurs en cas d'urgence vitale et les personnels sont régulièrement formés aux premiers secours. L'équipe de nuit assure la continuité des soins selon la procédure FI637 et a accès à une astreinte infirmière mutualisée sous pilotage de l'hôpital pivot HPA.

La commission pluridisciplinaire de l'EHPAD regroupe des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux personnes accueillies la meilleure prise en charge en fonction des données de santé et d'accompagnement dont elle dispose. Elle a pour but de définir l'accompagnement de la personne :

- dans son projet de soins (diagnostic infirmier, traitement, nutrition, évaluation psychologique et paramédicale... ;
- dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie (soins de confort et d'hygiène, repas...) ;
- dans son projet de vie personnalisé (accompagnement relationnel, animation, suivi administratif et social au besoin...).

En complément, cette commission multidisciplinaire assure le rôle de comité d'éthique. Le déploiement d'une démarche de questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux revêt un enjeu important au regard des situations d'interventions professionnelles et de la vulnérabilité des personnes bénéficiant des prestations.

Le dossier de soins de la personne accueillie est un document regroupant toutes informations inhérentes à son état de santé et aux actions mises en œuvre pour sa prise en charge. Dans ce dossier, sont consignés les antécédents médicaux, les observations et les prescriptions médicales et leur suivi, les correspondances médicales (compte rendu d'hospitalisation) et les bilans biologiques et radiologiques. Le dossier de soins et les plans de soins sont informatisés sur le logiciel NETSOINS. Ce logiciel aux données sécurisées permet un suivi partagé de l'évolution de l'état de santé et une traçabilité écrite qui favorise la cohérence et la continuité des soins en interne comme en externe.

L'accès aux informations relatives à la santé de la personne accueillie est encadré par les dispositions des articles R 1111-1 et suivants du code de la santé publique et soumise au secret professionnel des soignants ou au secret partagé des autres personnels pouvant y avoir accès. Les transmissions permettent une circulation fluide et efficace de l'information essentielle au bon fonctionnement de l'établissement. Source de cohésion entre professionnels, elles doivent garantir la réalité des actes réalisés tout au cours de la journée pour la personne concernée. L'accompagnement des personnes accueillies est réalisé dans le respect de leurs droits, dans une démarche bien-traitante et en application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles tant en matière d'hygiène relative aux soins et de prévention du risque infectieux, qu'en matière de protocoles techniques de soin et de conduite spécifique à tenir (CAT).

Sur prescription médicale pour les intervenants externes et/ou sur prescription de la commission pluridisciplinaire pour les prestations internes, des soins de rééducation spécifiques peuvent être proposés notamment des soins de kinésithérapie, de psychomotricité, d'ergothérapie ou d'orthophonie. Ces activités paramédicales doivent faire l'objet d'une prescription, puis d'une programmation avec un suivi avec traçabilité NETSOINS de chaque séance et d'une évaluation finale de leur bénéfice auprès de la personne accueillie. L'EHPAD dispose :

- d'un personnel diplômé en « psychomotricité » qui peut être amené à intervenir, sur prescription de l'équipe pluridisciplinaire, afin de réaliser des soins et des activités de rééducation et de stimulation sensorielle auprès des personnes présentant des troubles neuromoteurs et psychomoteurs ;
- d'un personnel diplômé en « ergothérapie » qui, sur prescription de l'équipe pluridisciplinaire, peut proposer après avoir examiné la personne, des solutions techniques nécessaires : aménagement du mobilier, adaptation de fauteuil,... ;
- d'un agrément « Pôle d'Activités et de Soins Adaptés » PASA pour 14 places qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes et des fonctions cognitives, à la mobilisation des fonctions sensorielles ainsi qu'au maintien du lien social de ces personnes ;
- d'une salle d'activités physiques en RDC dénommée « salle Émile Pons » accessible par les personnels internes (paramédical, PASA...) dont la référente APS et par les intervenants externes (kinésithérapeutes...) pour permettre de réaliser des activités en petit groupe dans un local adapté avec du matériel à disposition ;
- les interventions de kinésithérapie sont programmées par le service infirmier de l'EHPAD dans le cadre de prestations libérales en supplément et sont réalisées principalement sur site. L'EHPAD travaille avec le cabinet KIN'ACTIVE qui intervient 2 fois par semaine.

En cas d'absence de personnel paramédical dont le recrutement s'avère difficile, l'EHPAD pourra faire appel au service des équipes mobiles du territoire de santé ou à des prestations libérales.

8.2 Le plan de soins et sa coordination interne

L'équipe pluridisciplinaire, pivot de l'accompagnement, se réunit hebdomadairement, sous le pilotage du médecin coordonnateur de l'établissement, comprenant l'infirmière coordinatrice, la géronto-psychologue, le personnel infirmier & autres professionnels paramédicaux selon les besoins. Elle évalue la situation, les incapacités et potentialités de la personne, ses difficultés, son vécu, son histoire et elle va proposer un projet de vie spécifique, tout en s'appuyant sur son réseau naturel et son médecin traitant (directeur du traitement médical). Cette équipe est force de proposition pour tous, mais assume aussi ce suivi vigilant pour garantir l'intérêt et le bien être de la personne. Elle oriente et adapte les différents plans : plan de soins, plan d'aide aux gestes quotidiens de la vie, choix de l'unité, propositions d'activités thérapeutiques et/ou d'animations...

Le médecin traitant conserve la direction du traitement médical de la personne accueillie et de sa prise en soin, de façon identique au domicile. Il est rappelé que les EHPAD doivent tendre à offrir un milieu de vie « comme à la maison ». Le médecin traitant continue de proposer des prescriptions de soins et des médicaments. La personne accueillie est naturellement libre, tel que l'exige la loi, de les refuser sous son entière responsabilité. Le refus d'un traitement sera obligatoirement notifié par écrit par le personnel de l'unité, pour les soins le concernant.

Les données médicales sont transmises au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement et sont protégées par le secret médical. Les données infirmières sont transmises à l'infirmière coordinatrice, responsable de l'information infirmière dans l'établissement et sont protégées par le secret relatif aux soins infirmiers. Les autres données sont protégées par le secret professionnel auquel sont tenus tous les personnels administratifs, sociaux, soignants, techniques...

Le médecin coordonnateur (MEDEC) dont le rôle est défini par le Décret du 05/07/2019 et l'article L313-12 CASF, élabore avec le concours de l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement et coordonne et évalue sa mise en œuvre. Il organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement et collabore à la mise en œuvre de réseaux gériatologiques coordonnés et d'autres formes de coordination. Il donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution et, réalise et valide les évaluations liées à la dépendance des personnes accueillies. Ce poste est actuellement vacant et la coordination des soins est assurée par notre **infirmière coordinatrice - titulaire de 2 Masters « Infirmière en pratique avancée » - et référente de l'hébergement temporaire.**

L'infirmière coordinatrice / IPA assure la coordination de la prise en soins des personnes accueillies. Sous la hiérarchie de la direction d'établissement et en collaboration avec les médecins, elle est la garante de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins de l'EHPAD et veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques. C'est un élément-clé du bon fonctionnement de l'EHPAD et concourt à la bonne coordination et suivi des parcours de soins. Elle participe à l'étude des demandes d'admission, à l'élaboration, à la mise en place et au suivi du projet de soins. Elle encadre l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques), organise, priorise et contrôle les soins et leur traçabilité. Elle assure la coordination des intervenants extérieurs et échange avec les familles, personne accueillie et les équipes pour élaborer le projet personnalisé et les informer de toute évolution de l'état de santé des résidents.

Elle anime et dynamise le travail en équipe autour des différents projets (projet d'établissement, de soins, personnalisés, ...) en assurant la diffusion des bonnes pratiques soignantes. Elle est aussi partie prenante de la procédure d'admission avec le médecin coordonnateur et la psychologue et a été nommée « Référente Hébergement Temporaire ». Notre IDEC a aussi une double casquette avec ses formations IPA (Master IPA « oncologie et hémato-oncologie » et « pathologies chroniques stabilisées »). En sa qualité d'**Infirmière en Pratique Avancée (IPA)**, elle peut intervenir dans le suivi, l'évaluation et la coordination du parcours de nos personnes accompagnées en soutien du corps médical sur de nombreuses pathologies.

Le personnel infirmier doit réaliser des soins infirmiers (sur prescription médicale ou en application de son rôle propre), préventifs, curatifs ou palliatifs, qui intègrent qualité technique (en tenant compte des évolutions de la technique) et qualité de la relation avec la personne. Il a pour mission d'assurer la prise en soins globale de la personne accueillie, d'évaluer son état de santé (recueil des données cliniques), de dispenser des soins techniques et traitements médicamenteux prescrits et d'en assurer la traçabilité et la coordination auprès des professionnels externes comme des équipes soignantes des unités de vie. Le personnel infirmier assure une surveillance de 7h à 20h30 toute la semaine et passe le relais ensuite à l'équipe soignante de nuit qui peut recourir à un système d'astreinte infirmière multi-établissements géré par l'Hôpital du Pays de l'Autan.

La Commission de coordination gériatrique (CCG) est l'instance chargée d'organiser l'intervention des professionnels, salariés et libéraux au sein des établissements. Cette instance (sous la responsabilité du médecin coordonnateur) se réunit au minimum deux fois par an et a un rôle consultatif. Elle a vocation à être un lieu d'échanges et de réflexions partagés entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, infirmiers et psychologues..., salariés et libéraux ainsi que les directeurs d'EHPAD, au bénéfice de la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies au sein de chaque établissement. Cet échange est d'autant plus indispensable au regard de l'évolution de la population accueillie en EHPAD de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante et des besoins de coordination des parcours de soins ; c'est pourquoi en plus de la réunion interne réalisée lors de la revue annuelle de processus « soins », la CCG est réalisée une fois par an, avec les professionnels d'autres EHPAD du territoire.

Le soutien psychologique fait aussi partie de l'accompagnement des personnes accueillies. Une géronto-psychologue est présente dans l'établissement toute la semaine. Ce professionnel a pour rôle de travailler auprès de la personne âgée. La psychologue est appelée à concevoir et mettre en œuvre les actions préventives et curatives en lien avec la prise en charge globale des personnes accueillies. Elle réalise une évaluation psychique et un suivi de la personne accueillie en recueillant ses souhaits et en analysant ses comportements individuels et collectifs afin d'établir un projet de vie personnalisé. Un accompagnement des familles est aussi mis en œuvre pour écouter et informer la famille / entourage à propos des questions qu'elle se pose sur le bien-être ou la pathologie de son parent.

La géronto-psychologue de cet établissement pilote aussi le processus animation et PASA, participe activement aux admissions, et assure une fonction d'écoute, de soutien, de formation des équipes des différentes unités et **anime la réflexion éthique** au sein de l'EHPAD.

Le personnel paramédical : L'EHPAD dispose de personnel paramédical pour intervention de rééducation sur l'EHPAD et son PASA : sur la base de 0,5 ETP en ergothérapie libérale et 0,6 ETP en psychomotricité.

8.3 Les partenariats et la coopération territoriale

Le dispositif d'hébergement temporaire nécessite une étroite collaboration entre l'EHPAD d'accueil et les adresseurs potentiels qu'ils soient professionnels du secteur ambulatoire, du secteur sanitaire ou de toutes autres structures publiques ou privées en lien avec les personnes de plus de 60 ans et les éventuels aidants. Les objectifs de fluidification et de sécurisation du parcours de la personne âgée en perte d'autonomie sont un élément indispensable à la coordination des soins et à la réussite d'un séjour en hébergement temporaire. Pour cela, l'EHPAD bénéficie de partenariats avec les acteurs du soin et de l'accompagnement sur le territoire de l'agglomération Castres – Mazamet.

A / Les partenaires institutionnels

Le travail avec les partenaires « institutionnels » est incontournable dans l'accompagnement des publics vulnérables et le lien avec les acteurs des projets de soins et d'accompagnement sur le territoire est primordiale pour mieux accompagner les personnes âgées et les personnes en situation de handicap et les soutenir dans une logique de parcours de vie bien-traitant et sécurisant. C'est dans ce cadre que l'EHPAD travaille de concert avec :

- L'**Agence Régionale de Santé Occitanie** (ARS) pour décliner les objectifs opérationnels du Projet Régional de Santé Occitanie 2023-2028 et sa déclinaison territoriale sur le département du Tarn avec le **Schéma Territorial de Santé du Tarn** (STS 81) qui prend en compte les spécificités du département notamment le vieillissement de la population, la transformation de l'offre médico-sociale et la désertification médicale de certains territoires ruraux. Elle propose des projets innovants sur le territoire et intervient dans la campagne budgétaire pour le forfait « Soins » des EHPAD et les coupes PATHOS et GIR nécessaire au bon fonctionnement ;
- Le **Conseil Départemental du Tarn** (CD81) notamment dans la réflexion et la mise en œuvre des préconisations du Schéma Départemental pour l'Autonomie 2024-2028 ainsi que dans la fonctionnement de l'EHPAD notamment au travers des campagnes budgétaires en lien avec la tarification « Hébergement » et « Dépendance » ;
- La **Maison Départementale de l'Autonomie** (MDA) organisée sous forme de **guichet unique** centralise toutes les demandes dédiées aux personnes âgées et/ou handicapées pour en simplifier les démarches et améliorer l'accès aux droits par une meilleure information et mieux soutenir les aidants. A ce titre, la MDA relaye l'information vers les EHPAD et autres structures et organise des permanences dans ses locaux de partenaires associatifs (France Alzheimer, France Parkinson, Unafam, accès aux droits CDAD...).
- Les **réseaux professionnels** sont aussi une source d'information notamment les directeurs des autres structures du territoire qu'ils soient du sanitaire, du médico-social, associatif, public ou privé. Les fédérations nationales, régionales et départementales sont aussi importants et l'EHPAD est membre de l'URIOPSS Occitanie, de la FNADEPA et de la FNADEPA 81.

B / Les partenaires de la filière hospitalière

- **L'hôpital pivot : Hôpital Pays de l'Autan (HPA) – Centre Hospitalier Intercommunal castres- Mazamet (CHIC)**

L'EHPAD dispose, depuis 2013, d'une convention de coopération pour assurer aux personnes âgées une prise en charge graduée, adaptée à leur état de santé et faciliter les flux de patients en optimisant la prise en charge gériatrique. C'est aussi dans le cadre de ce partenariat que, depuis 2024, l'EHPAD dispose d'un accès à la plate forme **EPS-PA « Équipe Parcours Santé Personne Âgée »**. Cette équipe a pour objectif d'optimiser et fluidifier le parcours de soins PA et de prévenir les décompensations en intervenant en amont des situations de crise. Il s'agit à l'hôpital de Castres du service du Docteur DARDENNE Sophie (cheffe de service de médecin gériatrique) qui met à notre disposition un médecin gériatre et une infirmière spécialisée : 7/7 de 9h à 18h.

Il existe aussi un partenariat dédié avec :

- => L'Unité Mobile de Gériatrie UMG,
- => L'Unité Cognitivo-Comportementale UCC,
- => L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs EMSP,
- => L'unité psychiatrique de Castres et les CMP Adultes de Castres et de Mazamet,
- => L'Équipe Mobile d'Hygiène EMH,
- => Le Service de Soins de Suite et de Réadaptation SSR Hôpital de Jour Mazamet,
- => Le service de Télémédecine via Téléo.

NB / Dans le cadre du dispositif HT-SH, le CHIC a signé une lettre d'intention pour s'engager à travailler conjointement les modalités d'orientation et d'admission vers le dispositif HT-SH.

- **La Poly-Clinique ELSAN du Sidobre**

Dans le cadre d'un partenariat conventionné suite AAC « parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier » de l'ARS Occitanie, l'EHPAD accède, depuis 2024, à une **hotline gériatrique au sein du service dédié** de la clinique du Sidobre qui permet d'améliorer l'accès aux soins, de façon pérenne, et de raccourcir la durée de la prise en charge pour offrir une véritable alternative au passage aux urgences pour les personnes âgées hébergées dans l'EHPAD. Bien que différent du partenariat avec l'hôpital public pivot du territoire, la clinique privée s'est engagée ces dernières années dans une recherche de coopération qui permet de fluidifier et de sécuriser le parcours « personne âgée », ce qui favorise aussi le respect du choix de la personne accueillie en terme d'établissement sanitaire à choisir.

NB / Dans le cadre du dispositif HT-SH, la clinique ELSAN a signé une lettre d'intention pour s'engager à travailler conjointement les modalités d'orientation et d'admission vers le dispositif HT-SH.

C/ Les partenaires du parcours interne EHPAD

L'EHPAD, dans le cadre de son activité médico-sociale, a formalisé différentes conventions avec les acteurs de santé du territoire pour apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes accompagnées et à son rôle propre. Ces partenariats bénéficient directement à nos résidents.

- **Dispositif d'Appui à la Coordination du Tarn – DAC 81** => convention de partenariat qui a pour objet de favoriser les échanges interprofessionnels pour améliorer l'accès aux soins, la collaboration et la coordination des acteurs de santé et d'aider à mener une réflexion et analyse éthique dans le cadre des situations complexes ou fin de vie.
- **Hospitalisation À Domicile – HAD INICÉA** => L'HAD est une offre de soins passerelle entre l'hospitalisation conventionnelle et l'ambulatoire qui évite ou raccourcit une hospitalisation. Elle permet à l'EHPAD de mettre en place des soins particuliers, techniques (pansement + 30mn) ou de confort (fin de vie par exemple) dans un cadre coordonné et pluridisciplinaire, sur demande de l'IDEC en renfort des équipes soignantes de l'EHPAD.
- **Dispositif IDE mutualisé de nuit** => L'EHPAD est partie prenante depuis 2021 au dispositif d'infirmier de nuit mutualisé en EHPAD dont le CHIC est porteur du dispositif. La mise en place de ce dispositif de garde sur place mutualisé entre les 11 EHPAD partenaires permet d'assurer la continuité des soins (jour / nuit) et, de sécuriser la prise en charge par les équipes de nuit. Cela permet d'éviter des hospitalisations de nuit et des transferts inappropriés aux urgences, de faciliter la sortie d'hospitalisation et de renforcer la qualité du parcours.
- **Intervention paramédicale de personnel libéral** => L'EHPAD a noué des partenariats avec des prestataires externe en activité libérale :
 - Convention avec le SCP KIN'ACTIVE portant sur des interventions de masseurs-kinésithérapeutes dans l'EHPAD (salle d'activités physiques adaptées mise à disposition) avec des séances programmées 2 fois par semaine les mardis et jeudis ;
 - Conventionnement en cours avec la société BULLE SANTÉ pour mise à disposition d'une ergothérapeute sur le base de 0,5 ETP ;
- **Autres conventions médicales**
 - => Convention avec le centre de « radiologie du Dôme » à Mazamet ;
 - => Convention avec le laboratoire d'analyses « Cerballiance » à Mazamet ;
 - => Convention avec la pharmacie d'officine « Pharmacie du Centre » pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) au sein de l'EHPAD.

Tout nouveau conventionnement ou partenariat développé par l'EHPAD bénéficiera à toutes les personnes accompagnées, qu'elles soient en hébergement permanent ou temporaire.

D/ Les partenaires du domicile

Une collaboration avec les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile est importante pour préparer le retour à domicile après un séjour en hébergement temporaire ou bénéficier d'informations lors des admissions de personnes « isolées » venant du domicile.

NB / Dans le cadre du dispositif HT-SH, ces prestataires ont signés une lettre d'intention pour s'engager à travailler conjointement les modalités d'accompagnement à la sortie du dispositif HT-SH.

■ Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont des services médico-sociaux qui fournissent des soins infirmiers aux personnes âgées de 60 ans et plus qui sont malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans qui présentent un handicap, et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies. Les soins infirmiers peuvent inclure des soins techniques ou des soins de base. Ces services interviennent sur prescription médicale.

- **SSIAD MONTAGNE NOIRE**
- **SSIAD UMT VYV 3 TERRES D'OC**

■ Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont spécialisés dans l'assistance, pour toute personne, aux activités de la vie quotidienne, telles que :

- l'entretien du logement, les courses, le ménage, le repassage ;
- l'aide aux lever et coucher, toilette, repas, soins d'hygiène, assistance administrative ;
- prévenir la perte d'autonomie via des activités intellectuelles, sensorielles et motrices. ;
- accompagner les personnes dans leurs déplacements.

- **SAAD SÉRÉNITARN**

Sérénitarn est une association d'aide à domicile qui intervient notamment auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Au quotidien, elle aide également ses usagers en entretenant logements et jardins. L'association reçoit également de jeunes enfants au relais petite enfance ainsi que des personnes atteintes maladies neuro-évolutives à l'accueil de jour à Aussillon.

- **SAAD A2MICILE AZAE**

AZAÉ, groupe A2MICILE, propose différents types de services (ménage, repassage, aide à domicile, démarches administratives...) pour faire le choix le plus approprié pour ses besoins et maintenir son autonomie le plus longtemps à domicile.

- **SAAD REFUGE JOHN BOST**

La Fondation John BOST accueille, accompagne et soigne des personnes de tous âges (enfants, adolescents, adultes et seniors) souffrant de troubles psychiques et de handicap physique et/ou mental, ainsi que des personnes âgées dépendantes, dont l'état nécessite une vie sociale adaptée (prestations de service ménagers et d'aide à la personne).

8.4 La communication autour du dispositif HT-SH

Un facteur de réussite du dispositif d'hébergement temporaire est lié à la formalisation de la communication de son existence et de son fonctionnement sur le territoire. A cet effet, une information de référencement auprès de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) du Tarn sera réalisée.

Un référencement existe déjà via la site du service public d'information www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr et sur le « **ROR** »: référentiel de description de l'offre de santé (sanitaire, médico-sociale et libérale). Il est accessible aux professionnels de santé et permet de consulter, entre autre, les capacités disponibles dans les établissements. Les places en hébergement temporaire sont aussi accessibles via l'outil « **Via Trajectoire** » : outil d'orientation qui permet d'identifier facilement les établissements et services capables de prendre en charge le projet de rééducation, réadaptation, réinsertion ou d'hébergement, nécessaire à différents moments de la vie. Il permet de solliciter directement les établissements et leur envoyer une demande pour une place, de consulter les listes d'établissements au regard de certains critères.

La collaboration avec les établissements sanitaires du territoire (ARS) permet aussi de déployer une campagne d'information sur l'existence de lits d'hébergement temporaire. La disponibilité des places en hébergement temporaire sera transmise par mail à ARS-OC-DD81-MEDICO-SOCIAL@ars.sante.fr chaque mardi matin avant 11h avec un focus particulier sur la place spécifique HT-SH.

Le site internet www.saint-joseph.asso.fr servira aussi de base informative à tout un chacun et indiquera chaque mardi en début d'après-midi les disponibilités en place HT et HT-SH sur sa page d'accueil.

Un **plaquette d'information DQ542** sur l'hébergement temporaire, son fonctionnement et ses tarifs existe depuis 2012 avec mise à jour chaque année.

Un **plaquette d'information DQ609 sur l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation** et ses spécificités sera déployée sur toutes les structures partenaires. Un mailing auprès des structures médico-sociales dont les EHPAD sera réalisé avec envoi de la plaquette d'information DQ609 présentée ci-dessous. Il en sera de même auprès des Mairies et CCAS de la Communauté d'agglomération de Castres – Mazamet (14) : Aigüefonde, Aussillon, Boissezon, Castres, Caucalières, Labruguière, Lagarrigue, Mazamet, Navès, Noailhac, Payrin Augmontel, Pont de l'Arn, St Amans Soult et Valdurenque.



8.5 Le plan d'actions

Actions	Qui	Quand	Indicateurs
Validation du projet de service HT avec formalisation du dispositif HT-SH	Directrice	Dès réception accord ARS	PS validé par le CVS, Association, CSE...
Actualisation de la plaquette « Entre-Temps »	Directrice	Attente tarif 2025	DQ542 indice 14
Actualisation de la plaquette « HT-SH 0 € »	Directrice	Dès réception accord ARS	DQ609 indice 6
Mise à jour procédures et information équipes ADMISSION	Qualité ADMI / SEC	Dès réception accord ARS	FPRO020 / FI317 PROCES022
Mise à jour procédures et information équipes SOINS	Qualité IDE / PLURI	Dès réception accord ARS	FPRO020 modifiée
Mise à jour procédures et information équipes ANIMATION	Qualité ANIM / PASA	Dès réception accord ARS	Documents Qualité modifiés
Mise à jour procédures et information équipes HÉBERGEMENT	Qualité AS / ASH /	Dès réception accord ARS	Documents Qualité modifiés
Communication de l'accord vers les partenaires	Direction	Dès réception accord ARS	Relevé de décision copie mailing
Construire les conventions de partenariats afin de bien préciser les enjeux, les objectifs, les modalités pratiques.	Direction, MEDEC IDEC	Dès réception accord ARS	Élaboration et signature des conventions
Communiquer sur le nouveau dispositif MDA / ARS / RÉSEAUX PRO / MAIRIES	Direction IDEC	Été 2025	Plaquette mailing
Diffuser la plaquette HT-SH DQ609	SECRETARIAT	Été 2025	Copie mailing
Former les équipes aux nouveaux contenus du service d'hébergement temporaire	RH	Été 2025	Relevé de décision attestation
Mise en place des indicateurs de suivi et retour aux partenaires	QUALITÉ	Trim4 2025 revue annuelle	Indicateurs
Mise à jour site web avec information et disponibilité des places	Direction Qualité	Septembre 2025 – chaque mardi 14h	Effectivité du site web
Analyse semestrielle du dispositif HT-SH et retour à l'ARS	Direction Qualité	Chaque semestre	Relevé de décision indicateurs

IX – Les indicateurs d'activité en Hébergement Temporaire



Dans le cadre du dispositif HT-SH et de son financement par l'ARS, des indicateurs d'activité spécifiques sont à compléter chaque semestre ainsi qu'un bilan annuel.

Les données à recueillir par place labellisée sont :

- Nombre de séjours HT-SH réalisés sur la période
- Nombre de journées d'activité HT-SH réalisées sur la période dont :
 - nombre de séjour de 1 à 7 jours
 - nombre de jours réalisés
 - nombre de séjour de 8 à 14 jours
 - nombre de jours réalisés
 - nombre de séjour de 15 à 21 jours
 - nombre de jours réalisés
 - nombre de séjour de 22 à 30 jours
 - nombre de jours réalisés
- Nombre de séjours renouvelés sur la période
- Nombre de personnes accueillies / nombre de places
- taux d'occupation moyen des places (nbre de journées réalisées par place / nbre maximum de journées d'activités possibles)
- Structure d'origine des bénéficiaires :
 - sortie d'hospitalisation
 - sortie des urgences
 - sortie de SMR
 - domicile – carence de l'aidant
- Refus des demandes :
 - nombre total de demandes reçues refusées
 - nombre de refus pour indisponibilité des places
 - nombre de refus suite refus de la personne ou famille
 - nombre de refus pour critère HT-SH non respecté
 - commentaires sur motif de refus à l'entrée
- Modes de sortie :
 - nombre de retour à domicile
 - nombre d'admission en EHPAD
 - nombre d'admission en résidence autonomie
 - nombre d'admission en résidence service
 - nombre d'admission en habitat inclusif
 - nombre de décès
 - nombre de personnes ré-hospitalisées après séjour HTSH
- Conventions de partenariats :
 - nombre de conventions de partenariats avec les établissements de santé
 - nombre de conventions de partenariats avec les acteurs du domicile
 - nombre de conventions de partenariats avec les acteurs en charge de la coordination des parcours
 - nombre de conventions de partenariats spécifiques avec d'autres acteurs.