

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2025 - 2029

EHPAD SAINT JOSEPH

ASSOCIATION GALIBERT-FERRET

DQ N°	656	Indice	1
	FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité	Animatrice qualité		05/05/2025
Vérification, validation technique	C.S.E.		23/06/2025
Vérification, validation technique	C.V.S.		05/05/2025
Vérification, validation technique	Président Galibert-Ferret		10/04/2025
Approbation et applicable	Direction		11/07/2025

Association Galibert-Ferret

www.saint-joseph.asso.fr

7 rue Meyer 81200 Mazamet

Email : secretariat@saint-joseph.asso.fr

Tel. 05 63 61 02 08



SOMMAIRE

Introduction.....	5
1. Méthodologie de la démarche projet.....	5
2. Les préalables au projet d'établissement.....	6
I - Présentation et caractéristiques de l'établissement.....	8
1. Environnement législatif.....	8
2. Les documents institutionnels et outils du pilotage opérationnel.....	10
A / Le Projet Régional de Santé 2023-2028 et ses déclinaisons territoriales.....	10
B / Le Schéma Départemental pour l'Autonomie 2024-2028.....	13
C / Les conventions et documents institutionnels au sein de l'EHPAD.....	14
3. Situation géographique.....	15
A / Histoire de la commune.....	15
B / Données INSEE.....	16
C / Chiffres clés « Autonomie » - CNSA.....	16
4. Intégration et ouverture sur le territoire.....	21
A/ Notion de parcours.....	23
B/ Nos partenaires sur le territoire de santé.....	24
5. Environnement architectural.....	25
II - L'histoire et les valeurs de l'établissement : le projet associatif.....	28
1. Historique.....	29
2. La mission de l'association gestionnaire.....	30
3. Les valeurs de l'association « prise en charge des plus démunis ».....	31
4. La non lucrativité & le réseau associatif.....	32
5. Le projet d'établissement au service du projet associatif.....	32
III - Le respect du droit des personnes accueillies.....	34
1. Le droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et de son intimité.....	34
2. Le droit à la sécurité des biens et des personnes.....	35
3. Le droit au respect de sa personnalité, de sa liberté d'opinion et de son individualité.....	36
4. Le libre choix des prestations proposées.....	36
5. Le droit au maintien de lien social.....	37
6. Le droit à l'exercice des droits civiques et à la citoyenneté.....	37
7. Le droit d'accueillir son animal de compagnie.....	38
8. Le droit à la pratique religieuse et à la liberté de culte.....	38
9. Le droit à l'information relative au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement.....	38
10. Le droit à l'information et à la confidentialité.....	39
11. Le droit de mourir dans la dignité.....	40
IV – La prévention de la maltraitance.....	41
1. Le repérage des risques.....	42
2. Le signalement et son traitement.....	43
3. Les actions de prévention.....	44
4. L'autorité extérieure indépendante.....	44
V - Un accompagnement personnalisé.....	44
1. Procédure d'admission.....	45
A / La pré-admission.....	45
B / L'admission en EHPAD.....	45
2. La prestation socle d'hébergement en EHPAD.....	46
3. Modalités d'élaboration et de révision du projet personnalisé.....	47
A / Le recueil des informations.....	47
B / L'élaboration et la révision du projet personnalisé.....	47
4. Nos particularités : Hébergement Temporaire et PASA.....	48
A / L'Hébergement Temporaire.....	48
B / Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés PASA.....	48

5. Le plan de soins et sa coordination.....	49
A / Les soins médicaux et leur coordination.....	49
B / Les soins infirmiers.....	50
C / La commission de coordination gériatrique CCG.....	51
6. Le projet d'accompagnement et de vie.....	51
7. Le soutien psychologique.....	52
8. La prévention de la perte d'autonomie.....	53
A / Le programme ICOPE.....	53
B / Une activité physique et sportive adaptée.....	54
C / Une stimulation cognitive.....	55
D / Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.....	55
9. Les activités occupationnelles.....	55
VI - La prise en soins médicale, paramédicale et autres.....	56
1. Le parcours de soins à l'EHPAD.....	56
A/ La commission pluridisciplinaire et éthique.....	57
B/ Le suivi du dossier de soins et la confidentialité des données.....	58
C/ La sécurisation des données – Numérique en santé & Cybersécurité.....	59
D/ Le circuit du médicament.....	59
2. Les protocoles de prise en soins.....	60
A/ Prise en soins particulières.....	60
B/ Gestion de l'incontinence.....	61
C/ Prévenir et traiter les escarres.....	61
D/ Évaluer et prendre en soins les troubles cognitifs.....	62
E/ Encadrer l'usage des contentions.....	62
F/ Prévenir le risque de dénutrition et déshydratation.....	62
G/ Prévenir le risque de chutes.....	63
H/ Évaluer et prendre en compte la douleur.....	64
I/ Gérer le risque infectieux.....	64
J/ Prévenir l'isolement et le risque suicidaire.....	64
K/ Accompagner la fin de vie.....	65
3. La prise en soins paramédicale.....	65
A/ Les professionnels paramédicaux.....	65
B/ Les aides techniques.....	66
4. Les intervenants extérieurs.....	66
VIII - La gestion des ressources humaines.....	67
1. Description de l'organisation interne.....	67
2. Organigramme.....	68
3. Données sur les effectifs.....	68
4. La gestion des ressources humaines.....	69
5. La formation et l'évaluation des personnels.....	70
6. L'administration et la gestion financière, un appui aux opérationnels.....	71
IX - La démarche qualité.....	71
1. Le système de management qualité - SMQ.....	71
2. Qualité & Gestion des risques.....	73
3. La démarche d'amélioration continue.....	74
4. L'évaluation HAS.....	75
X - Les objectifs opérationnels à cinq ans.....	76
1. Moderniser l'offre architecturale.....	76
A/ Améliorer le cadre de vie existant et développer une offre de service adaptée.....	76
B/ Soutenir le maintien à domicile et le répit des aidants.....	77
C/ Optimiser l'offre de service aux personnes atteintes de maladie neurodégénératives.....	77
D/ Développer une nouvelle offre innovante d'habitat collectif.....	78
2. Progresser dans la qualité de la prise en soins.....	79

A/ Consolider les parcours de soins des personnes accueillies.....	79
B/ Augmenter la coordination des soins avec un personnel « IPA ».....	79
C/ Apporter une réponse aux besoins territoriaux (PRS, schéma autonomie CD81).....	80
D/ Renforcer la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'informations.....	80
3. Améliorer les compétences offertes.....	81
A/ Perfectionner l'intégration des nouveaux arrivants.....	81
B/ Évaluer les pratiques professionnelles et renforcer la bien-traitance.....	81
C/ Analyser les taux d'encadrement et adapter l'organisation du travail.....	81
D/ Soutenir le développement des compétences par la formation.....	82
4. Contribuer à l'exercice des droits fondamentaux.....	82
A/ Accompagner les personnes accueillies dans la compréhension et l'exercice de leurs droits	82
B/ Réaliser l'évaluation HAS et le suivi de son plan d'actions.....	83
C/ Adapter la signalétique interne.....	83
D/ Faciliter la communication interne et externe sur les outils existants.....	83
5. Intensifier la démarche de développement durable.....	83
A/ Réfléchir aux enjeux de demain en terme de « développement durable ».....	83
B/ Maîtriser les consommations énergétiques.....	84
C/ Développer la politique d'achat en circuit-court.....	84
D/ Rechercher des économies pérennes et un fonctionnement respectueux de l'environnement	84
6 - Objectifs CPOM à renégocier 2025.....	84

Introduction

La loi 2002-02 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, prévoit 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 5 ans, après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation » (article L.311-8 du CASF). Par ailleurs, le décret N°2024-166 du 29 février 2024 fixe le contenu minimal du projet d'établissement.

Le projet d'établissement constitue un document de référence pour les 5 années à venir pour les équipes soignantes, les personnes accueillies, leur famille / entourage et nos différents interlocuteurs et partenaires. Il présente l'association gestionnaire, l'établissement médico-social dans sa mission, son fonctionnement, son projet d'accompagnement et ses modalités de mise en œuvre, ainsi que la démarche d'évaluation des pratiques et des prestations. Le projet d'établissement exprime une philosophie d'accompagnement, en s'appuyant sur les valeurs défendues par l'association. Il pose un cadre et définit les conditions de prise en soins de la personne accueillie.

Faisant partie intégrante d'un dispositif d'amélioration continue de la qualité, il permet d'inscrire la stratégie d'actions de l'établissement, les objectifs et les moyens pour réaliser sa mission. L'évaluation régulière et la mise en place d'actions correctives au fil de l'eau rendent, par nature, ce projet évolutif.

1. Méthodologie de la démarche projet

Les recommandations métiers produites par l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), aujourd'hui gérée par la Haute Autorité de santé (HAS) servent de base à l'élaboration d'un projet d'établissement. Celui-ci s'adresse alors à tous les professionnels et en particulier aux cadres dirigeants responsables de l'élaboration, de la formalisation et de l'animation du projet d'établissement mais aussi à l'encadrement intermédiaire (chef de service, cadre de santé...), particulièrement intéressé par le déploiement et la conduite du projet.

Le projet d'établissement concerne également les personnes accueillies et décline les projets validés par l'organisme gestionnaire avant leur diffusion tant en interne qu'auprès de nos autorités de tarification et contrôle (ATC) que sont l'ARS Occitanie et le Conseil Départemental du Tarn en tant que nos principaux financeurs.

Transversal, cet outil est donc, par sa construction même, commun à l'ensemble des structures du secteur. Les enjeux peuvent être différents selon l'activité ou la taille des structures, l'importance accordée à certaines thématiques peut varier, mais les fondamentaux sont identiques quelle que soit la nature ou l'étendue de l'activité.

La méthodologie retenue pour l'élaboration de ce projet d'établissement a consisté :

- à réunir un groupe de travail association / direction pour établir les grandes lignes du projet associatif pour les cinq ans à venir ;
- à établir par la direction, les lignes directrices de ce projet en prenant en compte les objectifs du précédent et du nouveau CPOM, les résultats et préconisations de l'évaluation HAS de 2024 ainsi que les attendus du Projet Régional de Santé 2023-2028 et ceux du Schéma Départemental pour l'Autonomie 2024-2028 ;
- à confronter lors de réunions spécifiques les pratiques professionnelles et les pratiques recommandées pour faire contribuer les opérationnels « soignants » aux attendus du projet ;
- à interroger notre Conseil de Vie Sociale pour connaître les attentes des personnes accueillies et de leurs familles en terme d'accompagnement ;
- à formaliser ce travail transversal en reprenant toutes les informations existantes dans notre démarche qualité pour produire un document de synthèse.

2. Les préalables au projet d'établissement

Le projet est d'abord une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes. Une fois diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires internes ou externes. C'est aussi un document évolutif, car suivi et révisé régulièrement notamment dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de notre système qualité.

Il faut toutefois garder à l'esprit que le projet d'établissement comme définit dans le code de l'action sociale et des familles est fondamentalement **un outil qui garantit les droits des usagers** en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations, de prévention de la maltraitance et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure.

Le projet d'établissement est le document qui permet de positionner l'établissement ou le service dans son environnement institutionnel. Il n'a pas vocation à synthétiser l'ensemble des documents relatifs au positionnement, au pilotage de la structure, ni à remplacer les outils de suivi de la vie de la structure, mais il s'appuie notamment sur :

- Les documents de positionnement institutionnel :
 - les arrêtés d'autorisation, agréments, habilitations et conventions administratives identifiant les missions de l'établissement ou du service ;
 - les différentes lois encadrant les personnes âgées et/ou vulnérables, notamment la loi du 28/12/2015 dite « ASV », la loi du 08/04/2024 dite « Bien Vieillir »... ;
 - les documents de programmation (schémas, plans,...) permettant de visualiser le positionnement de la structure dans la réponse aux besoins des publics sur le territoire ;
 - les données des divers observatoires sectoriels ou territoriaux ;
 - les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM et de la HAS
 - le projet associatif ;
 - le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
 - le dispositif « plan bleu et son plan de continuité d'activité ».

- Les outils de la loi 2002-2 concernant les « droits des usagers » et décrivant les modalités concrètes de l'application de la charte des droits et libertés de la personne accompagnée :
 - le livret d'accueil, présentant les services proposés et les modalités pratiques d'organisation de la structure ;
 - le règlement de fonctionnement, présentant les droits et obligations qui prévalent à l'intérieur de la structure ;
 - le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge.
- Les outils de pilotage opérationnel :
 - l'organigramme, présentant à la fois les liens hiérarchiques et fonctionnels ;
 - les budgets, qui permettent de visualiser les moyens propres de la structure ;
 - les référentiels relatifs à la démarche qualité, démarche qui décrit des processus, des objectifs d'amélioration et des supports de travail ;
 - les procédures formalisées (par exemple, les procédures d'admission, les protocoles de soins, les outils de la démarche qualité, les grilles et guides relatifs à la mise en œuvre de la bientraitance, le repérage des situations de maltraitance, les indicateurs de suivi, le plan bleu et son plan de continuité d'activité,...) ;
 - les outils de management (fiches de poste, référentiels métier, ...) ;
 - la démarche d'amélioration continue de la qualité avec, chaque année, des revues de processus, des enquêtes, la gestion des réclamations, les audits... ;
 - les rapports d'activité (association, medec, psycho, ANAP...) qui permettent de suivre d'année en année l'évolution des données, de l'organisation, des actions menées ;
 - les rapports de synthèse d'évaluation, qui fondent ou viennent enrichir les objectifs d'évolution proposées par le projet d'établissement.

Le **plan bleu** constitue le plan global d'analyse et de gestion des risques des établissements médico-sociaux pour faire face à tout type de crises (risques majeurs liés à la commune d'implantation, épisodes climatiques, sécurité et sûreté, risques infectieux) et/ou de situations sanitaires exceptionnelles (dispositif ORSAN) susceptibles d'avoir un impact sur le fonctionnement de l'établissement. En cas de déclenchement du « plan bleu » par les autorités, **l'établissement mettra en œuvre les mesures prévues dans son plan de continuité d'activité (cf. DQ478).**

Tous ces outils concourent à l'élaboration du projet d'établissement et à son évolution. Par ailleurs, le contexte juridique et sociétal a fortement évolué ces dernières années et il impacte les pratiques professionnelles de manière significative. L'utilisateur ou « personne accueillie » est à la fois **un bénéficiaire** des prestations, un **citoyen** et un **acteur** de son propre parcours qui doit être pris en compte dans toutes ses dimensions sur le territoire d'action y compris la dimension démographique. De plus en plus, les prestations et les accompagnements sont le résultat de coopérations entre services, personnes ressources, organismes divers intervenant dans des logiques de réseau voir de regroupement de structures et demande une adaptation du mode de gouvernance qui amène aussi une réflexion sur le devenir à court, moyen et long terme.

Enfin, indépendamment du travail en réseau, des partenariats tissés, l'inscription de l'établissement dans son environnement géographique et institutionnel est un gage d'ouverture pour les personnes accompagnées et une manière de s'inscrire dans un territoire donné et dans sa logique de parcours !

I - Présentation et caractéristiques de l'établissement

1. Environnement législatif

Les dispositions législatives issues de la **loi N°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** ont fixé de nouvelles règles relatives aux droits des personnes. Elles réaffirment la place prépondérante des usagers, entendent promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté. De nouvelles contraintes pour les établissements sont apparues : charte des droits et libertés de la personne accueillie revue, livret d'accueil décrivant l'organisation de la structure, contrat de séjour définissant les obligations réciproques, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale, personne qualifiée à laquelle toute personne pourra faire appel pour faire valoir ses droits et un projet d'établissement pour présenter les objectifs généraux.

La **loi N° 2015-1776 du 28 décembre 2015 dite loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement** a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. Cette loi a donné la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. Enfin, en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

La réflexion sur la cinquième branche pour l'autonomie a été initiée suite à une grande concertation nationale publique dénommée « **grand âge et autonomie** » lancée en 2018 par Agnès Buzyn alors Ministre des solidarités et de la Santé. Le vieillissement et ses conséquences doivent être mieux anticipés et la France n'a pas encore su trouver un vrai modèle de prise en charge de la perte d'autonomie malgré les progrès considérables accomplis depuis la création de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) en 2001 et les récentes mesures de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Cette consultation nationale a été initiée pour :

- Faire face aux besoins de financement de la prise en charge de la dépendance suite au vieillissement de la population dans les prochaines décennies,
- Faire évoluer l'offre proposée aux personnes âgées en assurant la présence de personnels qualifiés notamment et en simplifiant le système d'accompagnement de ces personnes,
- Changer le modèle d'accompagnement pour privilégier la vie au domicile et rechercher une diversification de l'offre d'hébergement dans le secteur Personnes Agées pour répondre aux besoins des personnes encore autonomes mais souffrant souvent d'isolement social.

Cette concertation fait ressortir des demandes fortes des citoyens, des professionnels et des personnes âgées relatives à :

- la priorité au maintien à domicile ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en soins en établissement ;
- le besoin d'être « chez soi », quel que soit son lieu de vie ;
- une attente forte de simplification des démarches et du parcours de la personne âgée ;
- une plus grande égalité de traitement entre les territoires.

Cette concertation et les rapports inhérents ont mis en évidence les carences actuelles du système existant d'aide, d'accompagnement et de soin de la personne âgée. Ces carences, malgré des expérimentations innovantes sur certains territoires et un engagement fort de professionnels du secteur personnes âgées, existent. A l'issue de cette consultation, des priorités d'actions ont été dévoilées par le gouvernement, ce qui a engendré une prise de réflexion approfondie sur la nécessaire diversification de l'offre d'hébergement dans le secteur personnes âgées. Suite à cette logique désinstitutionnaliste, l'État, les directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux et leur gouvernance doivent chercher des solutions de prise en soins différente pour les personnes âgées les moins dépendantes et surtout proposer une réponse autre que l'hébergement en EHPAD, aux personnes âgées qui souhaitent tout à la fois garder une certaine autonomie et ne pas s'isoler socialement. Les EHPAD sont donc amenés à changer pour mieux répondre aux besoins des aînés. Par ailleurs, le manque de personnel ne permet pas toujours de favoriser les activités de bien-être et la stimulation des résidents, souvent très dépendants. Il faudrait aussi modifier en profondeur le rôle et l'organisation des EHPAD en continuant de s'ouvrir vers l'extérieur pour favoriser les liens sociaux notamment par le biais de places d'hébergements temporaires, d'accueil de jour avec des ateliers en activités partagées entre les résidents et les aînés vivant à domicile, d'animations intergénérationnelles...

La cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie a été consacrée par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. Son pilotage a été confié à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). La branche Autonomie gère les dépenses liées à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, qu'il s'agisse du financement des établissements et des services qui les accompagnent ou des aides individuelles qui leur sont versées. A sa suite, une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie dite stratégie « Vieillir en bonne santé 2020-2022 », a vu le jour sous l'impulsion encore de Mme Buzyn (alors Ministre de la Santé) et dévoile les prémices de la future loi « grand âge et autonomie » et son accent mis sur la prévention, sous le leitmotiv suivant : *« La transition démographique nous conduit d'ici 2030 vers une société où les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 15 ans. Ce qui est devant nous, c'est une société au visage nouveau : une société de la longévité. Cette révolution impose de passer un cap en matière de prévention et de recherche, pour que la société de la longévité soit une société de la longévité en bonne santé, une société dans laquelle les aînés seront de moins en moins nombreux à perdre leur autonomie. Car cela est possible. La perte d'autonomie n'est pas une fatalité. Elle n'est pas liée à l'âge mais à la maladie. Aujourd'hui, sur 10 personnes qui décèdent en France, 4 ont connu la perte d'autonomie dont 2 de façon sévère. Demain, grâce à la prévention, la perte d'autonomie doit devenir l'exception »*. La prévention de la perte d'autonomie est donc un axe central de la politique du Gouvernement en matière de grand âge mais nécessite de fluidifier et de mieux coordonner le parcours de santé de la personne âgée.

La stratégie « Ma santé 2022 » propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français. Des inégalités dans l'accès aux soins, avec de plus en plus de Français qui connaissent des difficultés à accéder à un médecin dans la journée et sont parfois contraints de se rendre aux urgences par défaut. Des aspirations chez les professionnels à mieux coopérer entre eux, à disposer de davantage de temps pour soigner leurs patients et à être formés autrement. « Ma santé 2022 » doit favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé et aider à lutter contre la désertification médicale. Ce plan doit permettre de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français dans les territoires.

Enfin, après avoir été enrichie au cours des débats parlementaires, **la loi 2024-317 « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie »** est publiée au Journal officiel du 9 avril 2024. Cette loi comprend différentes mesures pour prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement des personnes âgées ou handicapées, mieux signaler les maltraitances et faciliter le travail des aides à domicile. Des dispositions sur les EHPAD et l'habitat inclusif complètent le texte. La loi prévoit ainsi la création d'un **Service Départemental De l'Autonomie SPDA** pour les personnes âgées et handicapées et les proches aidants, **sorte de guichet unique afin de simplifier leur parcours usager** et de garantir un maintien à domicile efficient. Des conférences territoriales de l'autonomie seront chargées de piloter le dispositif dans les départements et d'allouer les financements nécessaires. Cette loi prévoit aussi :

- la généralisation d'un repérage systématique des fragilités avec la démarche ICOPE ;
- le regroupement des EHPAD publics en groupements territoriaux de coopération ;
- la réforme des services à domicile ;
- l'accueil de nuit en EHPAD ou Résidence Autonomie ;
- le renforcement de la bientraitance et du droit de visite en EHPAD, un accueil « sous réserve » des animaux de compagnie, un niveau de qualité nutritionnelle des repas...

2. Les documents institutionnels et outils du pilotage opérationnel

Pour définir le projet d'établissement, nous devons nous appuyer sur les déclinaisons territoriales des politiques du gouvernement au travers des plans et schémas départementaux voire régionaux du secteur médico-social ainsi que sur les outils de pilotage interne et les indispensables outils de la loi 2002-02 définis au sein de notre EHPAD.

A / Le Projet Régional de Santé 2023-2028 et ses déclinaisons territoriales

L'ARS Occitanie vient de publier son nouveau Projet Régional de Santé 2023-2028 : 6 engagements pour une politique de santé ambitieuse, prospective et ancrée au cœur de nos territoires :

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

Les 5 clefs mobilisées pour réussir :

- Le déploiement du PRS dans tous les territoires
- Les synergies partenariales
- Les démarches participatives
- L'innovation en santé
- Le pilotage et l'évaluation

Le Schéma Régional de Santé (SRS) se décline dans une présentation régionale et territoriale, sous la forme de 13 Schémas Territoriaux de Santé (STS) à l'échelle de chaque département, pour prioriser les objectifs et fournir des réponses au plus proche des besoins des populations dans les territoires. Il détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, des objectifs opérationnels et des prévisions d'évolutions. Il aborde, pour chacun des 6 engagements recensés dans le cadre d'Orientation Stratégique, les 26 défis qui ont été identifiés et en miroir, les 109 objectifs opérationnels pour y répondre.

Ambitieux, prospectif et ancré au cœur de nos territoires, le **Projet Régional de Santé Occitanie 2023-2028** mobilise déjà l'ensemble des parties prenantes de la santé partout dans notre région. Ses orientations stratégiques prennent appui sur 6 grands engagements pour faire avancer les défis de la prévention et de la santé publique, de la place de l'usager dans le système de santé, de l'accès aux soins dans nos territoires, des coordinations entre professionnels de santé, de la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge, et de l'attractivité des métiers de la santé.

Pour synthétiser les ambitions de cette politique régionale de santé sont proposés ces 10 clés de lecture du PRS :

1. Refonder la santé, c'est partir des besoins
2. Les solutions sont dans nos territoires
3. Mieux répondre aux besoins des personnes vulnérables
4. Agir d'abord par davantage de prévention
5. Maintenir et renforcer l'offre de soins, sa qualité et sa sécurité
6. L'avenir est à toutes les formes de coordination et de coopération entre professionnels
7. Développer l'attractivité de nos territoires auprès des professionnels de la santé et du médico-social
8. Faire face à l'impact du changement climatique sur notre santé
9. Habitants, citoyens, usagers, patients... tous appelés à être acteur de notre santé
10. Des moyens considérables sont mobilisés pour la santé.

Au niveau départemental :

Un **Schéma Territorial de Santé du Tarn** (STS 81) va être progressivement programmé courant 2024 pour décliner au niveau territorial les objectifs opérationnels du PRS 2023-2028 en prenant le compte les spécificités du département du Tarn :

- une population assez âgée (par rapport à la région => 25 % de + 65 ans et peu de jeunes actifs avec un département plus ouvrier que la moyenne régionale : 54 % de ménages non imposés) et qui n'augmente que dans l'Ouest (axe de l'A68 Toulouse-Albi notamment) ;
- un état de santé favorable avec un taux de mortalité significativement inférieur à celui de la France (espérance de vie 83,5 ans) avec néanmoins des professionnels de santé moins nombreux (40 % de généralistes de + 60 ans et 10 % d'habitants sans médecin traitant) ;
- une offre médico-sociale en cours de transformation notamment sur le secteur handicap (2 347 places) et personnes âgées (65 EHPAD et 14 SSIAD).

Des engagements ont été définis au niveau du schéma départemental lors de consultations PRS :

- **Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie**
 - Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale ;
 - Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables ;
 - Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoce.
- **Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé**
 - Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé ;
 - Soutenir l'expression et l'accompagnement du projet de vie de la personne vulnérable ;
 - Renforcer le partenariat entre les professionnels et les usager du système de santé.
- **Renforcer l'accès pour tous à une prise en soins adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble du territoire**
 - Développer et structurer une offre de soins non programmés alternative des urgences ;
 - Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne.
- **Renforcer la coordination des acteurs pour assurer le continuité des prises en charge et accompagnements**
 - Améliorer la lisibilité de l'offre et consolider les dynamiques d'exercice coordonné ;
 - Garantir le continuum des prises en charge et accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social ;
 - Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours.
- **Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements**
 - Promouvoir une culture partagée de la sécurité, de la qualité et de la pertinence des prises en charge ;
 - Accompagner l'amélioration des pratiques professionnelles ;
 - Favoriser le développement de la pertinence dans une logique de parcours.
- **Soutenir l'attractivité des métiers de la santé**
 - Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels ;
 - Améliorer les conditions d'exercice, la qualité de vie au travail et les mobilités professionnelles ;
 - Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des Professionnels dans les territoires.
- **Faire évoluer l'offre de soins en fonction des besoin du territoire.**

Notre EHPAD doit contribuer par les actions définies dans son projet d'établissement aux engagements fixés par le schéma départemental de santé.

B / Le Schéma Départemental pour l'Autonomie 2024-2028

Suite au bilan du schéma gérontologique 2017/2021, le Conseil Départemental du Tarn souhaite pour ce nouveau schéma 2024-2028 une prise en compte de l'évolution législative et réglementaire et des enjeux structurants sur le territoire, **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**. Le Conseil Départemental est un acteur incontournable dans l'accompagnement des publics vulnérables dont le bien-être des seniors reste une priorité.

Les 4 axes de réflexion et de préconisations du Schéma Départemental pour l'Autonomie :

- **la prévention** : avoir un rôle essentiel en matière de prévention dès le plus jeune âge et comme relais des politiques de santé publique (appels à projets CFPPA...) et création d'un guichet unique Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) ;
- **l'offre sur le territoire** : devenir un acteur fort sur l'attractivité en santé et lutter contre les déserts médicaux avec le plan Tarn Santé, la création de places en résidence autonomie et autres habitats inclusifs, le label immobilier « Tarn vivre ensemble »... ;
- **le renforcement de la gouvernance partenariale** avec la création d'un service public départemental de l'autonomie (SPDA) pour coordonner les instances existantes ;
- **l'optimisation et l'innovation pour la mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie** pour accompagner leur mise en place sur le territoire et simplifier les démarches d'accès.

Les appels à projets via la Conférence des financeurs et de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) permettent de financer des actions collectives de prévention à destination des personnes âgées de 60 ans et plus, en lien avec les thématiques du bien vieillir (activités sportives adaptées, accès au numérique, lutte contre l'isolement, etc.), mais aussi des actions de soutien aux proches aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap.

La **Maison Départementale de l'Autonomie** (MDA) organisée sous forme de **guichet unique** centralise toutes les demandes adressées à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et aux services du Département dédiés aux personnes âgées, pour simplifier les démarches, renforcer l'accessibilité de l'accueil à tout type de handicap, améliorer l'accès aux droits par une meilleure information et mieux soutenir les aidants.

Dans le prolongement des travaux de concertation et la remise du rapport Libault « Vers un service public territorial de l'autonomie » en mars 2022, le gouvernement a décidé la création d'un **Service Public Départemental de l'Autonomie** (SPDA). Le cadre juridique de cette création est formalisé dans la loi du 9 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France. Les départements jouent donc un rôle d'ensembliser des politiques de l'autonomie en promouvant les démarches de coopération entre les secteurs médico-social, social et sanitaire.

C / Les conventions et documents institutionnels au sein de l'EHPAD

L'établissement « Maison saint Joseph » est conventionné « EHPAD » par arrêté conjoint ARS et CD81 pour la période du 04/01/2017 (renouvellement) au 04/01/2032 pour une capacité de 124 lits dont 119 lits d'hébergement permanent et 5 lits d'hébergement temporaire (N° FINESS EJ 81 010 003 2 & ET 81 000 380 6). Toutes ses places sont habilitées à l'aide sociale.

L'établissement « Maison saint Joseph » est aussi autorisé pour son activité « PASA - 14 places » par l'ARS Occitanie depuis le 03/01/2019.

Le CPOM a été négocié le 18/12/2018 entre l'établissement, l'ARS et le CD81 pour une période de 5 ans à compter du 01/01/2019 jusqu'au 31/12/2023 puis a été prorogé le 18/01/2023 pour une année supplémentaire jusqu'au 31/12/2024. Son renouvellement devrait être programmée en 2025.

L'établissement a enregistré les différentes **recommandations et guides des bonnes pratiques** au sein de son système qualité ainsi que les documents issus de la loi 2002 :

- DQ464 = Guide bientraitance et DQ574 = Charte de la bientraitance
- DQ465 = Guide bonnes pratiques de soins en EHPAD
- DQ640 = Plan de prévention maltraitance et démarche bien-traitance
- DQ466 et DQ503= RBPP « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »
- DQ504 = RBPP « bientraitance »
- DQ505= RBPP « projet personnalisé »
- DQ638 = RBPP « éthique »
- DQ553 = Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement
- MQ030 = Manuel « 3 en 1 »
- DQ656 = Projet d'établissement
- DQ320 = Livret d'accueil
- DQ390 = Règlement de fonctionnement et ses annexes dont DQ237 Charte des droits et libertés de la personne accueillie
- DQ027 = Contrat de séjour et ses annexes

Par ailleurs, l'EHPAD a une relation partenariale avec les acteurs de santé du territoire dont :

- l'Hôpital Pays de l'Autan (HPA) et sa filière gériatrique (dont UCC – EPS PA) ainsi que ses équipes mobiles (EMG – EMH – EMER – bucco-dentaire) ;
- la polyclinique du Sidobre ELSAN et sa filière dédiée à la gériatrie (hotline, HDJ) ;
- le dispositif d'appui à la coordination DAC81 pour les parcours complexe ;
- l'Hospitalisation à Domicile (HAD Inicea), le RESOPALID (fin de vie et soins palliatifs), France Alzheimer, les maison de santé et médecins traitants du territoire entre autres ;
- Un lien fort est aussi tissé avec le secteur associatif (URIOPSS/UNIOPSS) et les fédérations du secteur « personne âgée » (UDEPA, FNADEPA principalement).

3. Situation géographique

A / Histoire de la commune

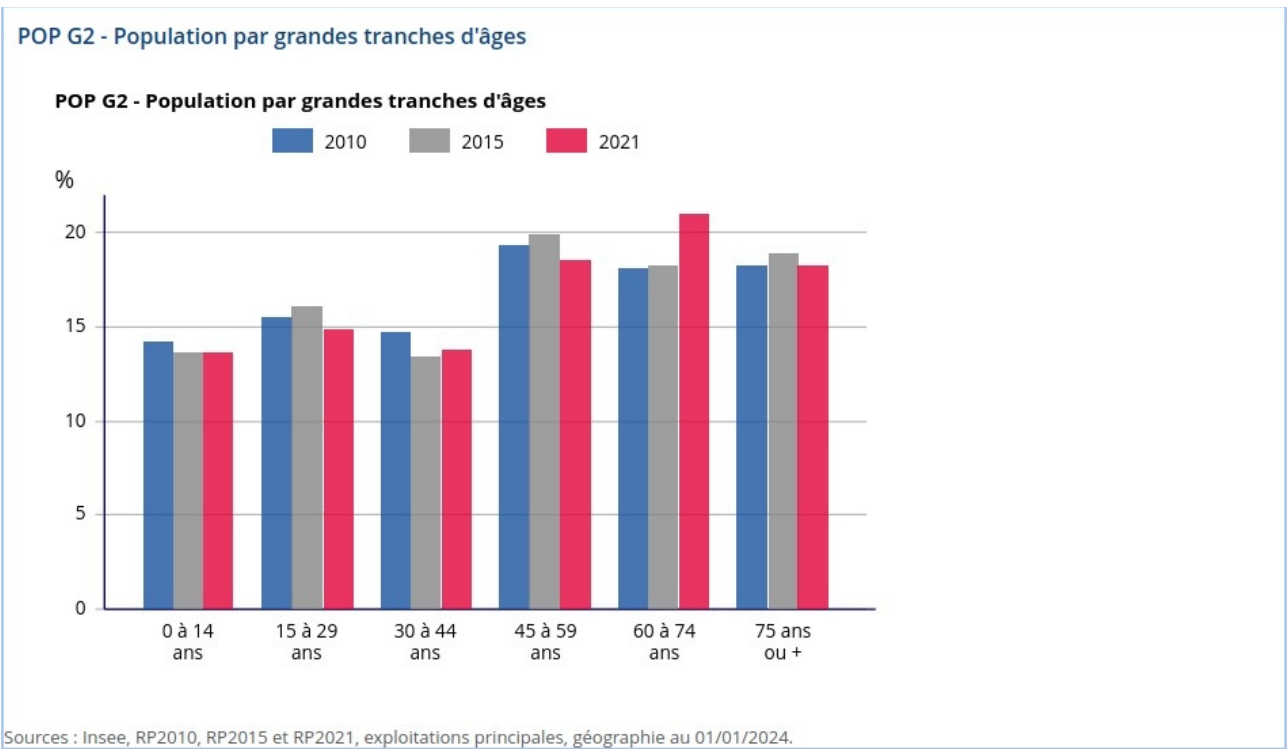
En plein centre de la ville de Mazamet, la Maison Saint Joseph jouit d'une situation privilégiée puisqu'elle se trouve près de la mairie, de commerces accessibles à pied, du marché et avec un arrêt de bus de ville juste devant son entrée... Dans 5000 m² d'espaces verts, des bâtiments neufs ou récemment rénovés, proposent « un chez soi dans un chez nous » à 119 résidents ainsi qu'un accueil séquentiel sur 5 logements individuels équipés.

Mazamet est une commune française, située dans le département du Tarn, en région Occitanie. Sur le plan historique et culturel, la ville de Mazamet se situe au pied de la Montagne Noire. Mazamet est une commune urbaine qui compte 9 953 habitants en 2020. Le climat de Mazamet est de type climat océanique avec été tempéré. Mazamet profite d'un bon ensoleillement (aidé par le vent d'autan) et de précipitations moyennes.

La Maison Saint Joseph est implantée dans le sud du Tarn dans la ville de Mazamet qui a une longue histoire. De tous temps, Mazamet a été une terre "convoitée". Ainsi, les Volques et les Wisigoths sont les peuples qui édifient les premières fortifications. Plus tard, les cathares et les huguenots y trouvent un refuge pendant les terribles guerres de Religion. La paix revenue, c'est par ses industries que l'on connaît Mazamet : au XVIIIème, les tissus de qualité qui sortent des manufactures portent le nom de "Mazamet" et au XIXème siècle, Mazamet devient le centre mondial du traitement des peaux de moutons, en créant une industrie novatrice : le délainage, très vite associé à la mégisserie. De nos jours, la laine n'est plus omniprésente mais certaines rues portent toujours les noms de Sydney, La Plata, Bradford, Buenos-Aires...et les mutations industrielles enregistrées ces dernières années ont démystifié la légende sans la faire totalement oublier. Cependant, Mazamet répond parfaitement à l'idée que l'on se fait en ce début de XXIème siècle d'une ville moyenne de province. L'image de la cité lainière se transforme. Le savoir-faire dans la pratique du commerce international est à la base de nouvelles créations d'activités qui favorisent la diversification du tissu industriel local. La ville accueille un réseau d'entreprises très dynamiques telles que : Valéo, Pierre Fabre, Menguy's, SOFIC - Dental division, Cabrol Construction Métallique, la Société de Filature et de Tissage Jules Tournier et Fils, Frayssinet.

La création, le 1er janvier 2000, de la communauté d'agglomération Castres-Mazamet regroupant 16 communes est un signe fort de la volonté intercommunale manifestée par les élus du Tarn Sud qui mettent en commun leurs projets de développement d'un territoire élargi à 85 000 habitants. Aujourd'hui Mazamet se lance résolument dans le XXIème siècle, avec une politique de redynamisation du secteur économique et de développement du tourisme vert pour lequel la ville a construit une passerelle himalayenne, unique en Occitanie. Elle constitue dans le cadre de la communauté d'agglomération Castres – Mazamet, un pôle économique performant, le premier pôle industriel de recherche privée du département, et diversifié, mêlant des activités industrielles et tertiaires aussi bien traditionnelles qu'innovantes, de grandes et petites entreprises.

B / Données INSEE



POP T6 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2021

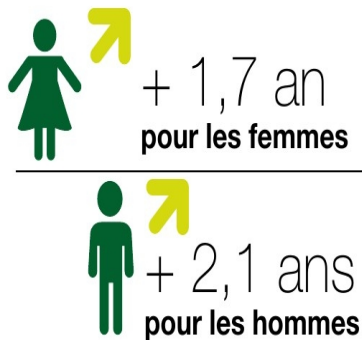
Catégorie socioprofessionnelle	Hommes	Femmes	Part en % de la population âgée de		
			15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou +
Ensemble	3 959	4 720	100,0	100,0	100,0
Agriculteurs exploitants	41	8	0,0	1,4	0,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	188	94	0,0	7,0	1,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	207	159	1,2	8,1	2,4
Professions intermédiaires	409	443	9,8	19,6	3,5
Employés	253	926	10,9	26,4	6,0
Ouvriers	901	250	24,3	24,3	3,7
Retraités	1 439	1 995	0,0	0,0	74,0
Autres personnes sans activité professionnelle	519	846	53,9	13,4	8,6

Source : Insee, RP2021 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2024.

C / Chiffres clés « Autonomie » - CNSA

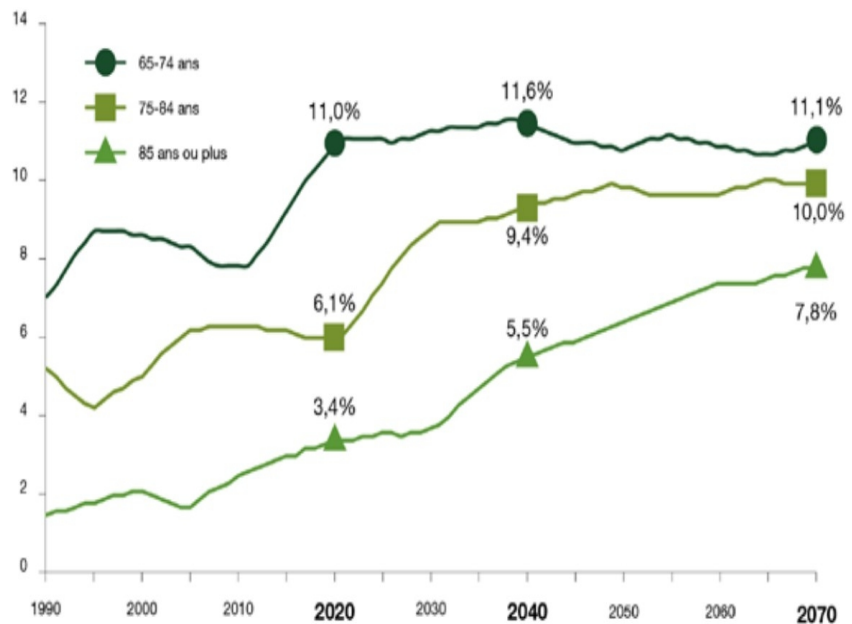
Depuis le 1er janvier 2021, la CNSA gère la branche Autonomie de la Sécurité sociale. Elle soutient l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en contribuant au financement des aides individuelles versées aux personnes, ainsi que des établissements et des services qui les accompagnent, en veillant à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national. En 2023, la CNSA consacre près de 39 milliards d'euros à l'aide à l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap dont 30 Md€ pour le financement des ESMS et plus de 6Md€ pour les prestations individuelles.

Gain d'espérance de vie à 65 ans, entre 2002 et 2022



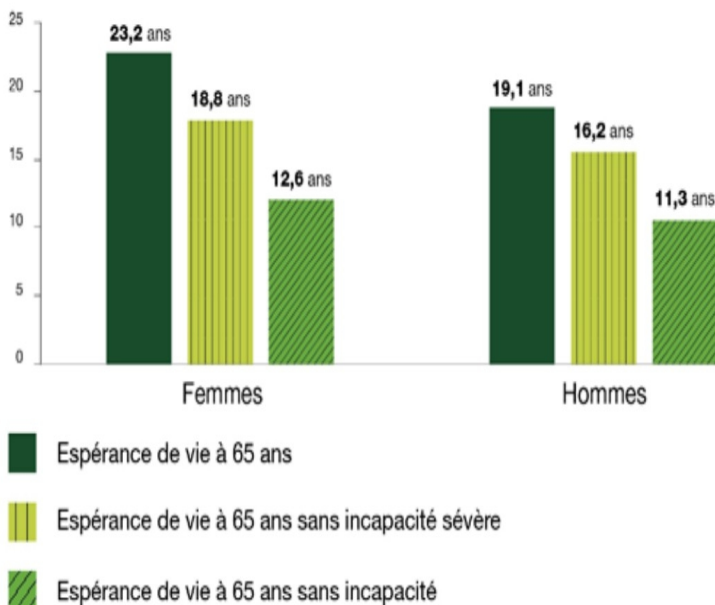
Source : INSEE, estimations de populations et statistiques de l'état civil, 2022 (provisoire).

Viellissement de la population française



Source : INSEE, 2021.

Espérance de vie à 65 ans en 2021



79,3 ans et 85,2 ans

C'est l'espérance de vie à la naissance pour les hommes et pour les femmes.

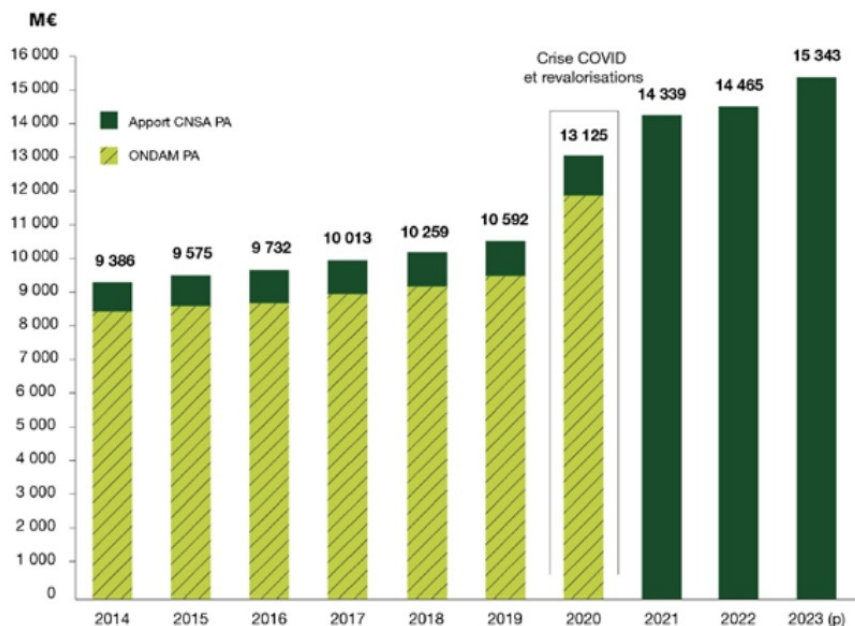
Source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil, 2022 (provisoire).

Source : INSEE, statistiques d'état civil et données issues de l'enquête SRCV (calcul DREES).

En 2021, l'espérance de vie à 65 ans, **sans limitation sévère** dans les activités quotidiennes, s'élève à **16,2 ans** pour les hommes et à **18,8 ans** pour les femmes.

Source : INSEE, statistiques d'état civil et données issues de l'enquête SRCV (calcul DREES).

L'évolution de l'OGD personnes âgées (PA) entre 2014 et 2023

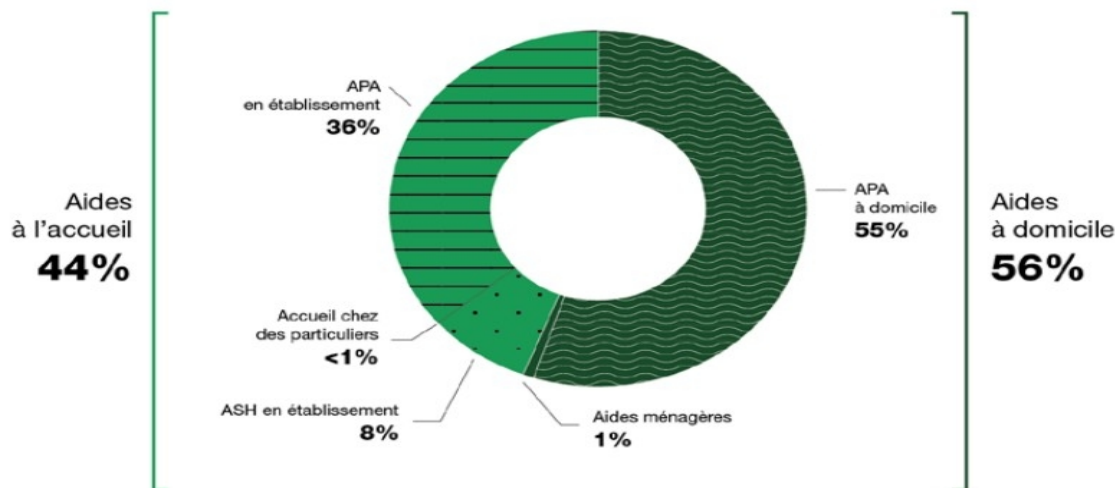


+ 63%

C'est la progression de l'OGD PA entre 2014 et 2023, avec une hausse de 5,4 % entre 2022 et 2023.

Personnes âgées

Répartition des aides sociales aux personnes âgées à domicile et en établissement au 31 décembre 2021 (en effectifs bénéficiaires)



Source : DREES, enquête Aide sociale.

7,9 Md€

C'est le montant total des dépenses nettes d'aide sociale pour les personnes âgées en 2021.

Source : DREES, enquête Aide sociale.

1,3 million

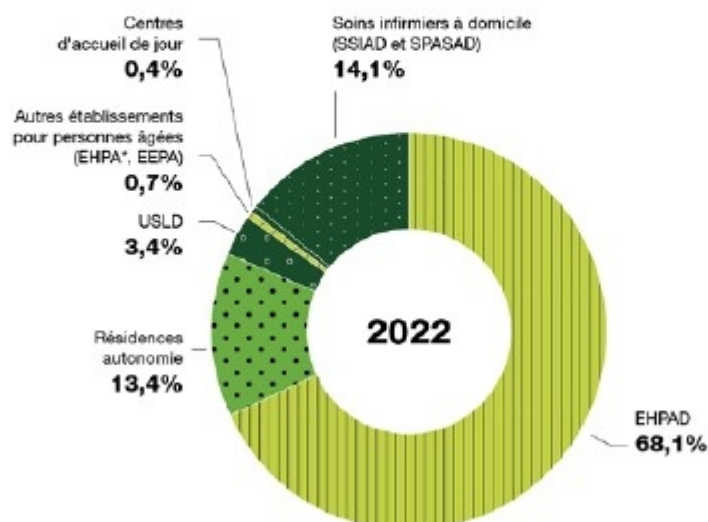
C'est le nombre de bénéficiaires payés au titre de l'APA en décembre 2021, dont 790 000 à domicile et 536 000 en établissement.

Source : DREES, enquête Aide sociale.

Les établissements et services médico-sociaux



Répartition du nombre de places en hébergement et soins à domicile pour personnes âgées



*EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées percevant ou ne percevant pas de crédits de l'assurance maladie.
Source : FINESS, 31/12/2022 ; SAE 2021, 31/12/2021 pour les USLD.

En 2022, 16 378 places en accueil de jour et 13 735 places en hébergement temporaire sont réparties au sein des résidences autonomie, des centres d'accueil de jour et des autres établissements pour personnes âgées.

48 % des places en hébergement pour personnes âgées dépendantes se trouvent dans des établissements publics, **29 %** dans des établissements privés à but non lucratif et **23 %** dans des établissements privés commerciaux.

Source : FINESS, 31/12/2022.

614 608

C'est le nombre de places pour personnes âgées dépendantes, tout type d'hébergement confondu, dans **7 467 EHPAD** en 2022.

Source : FINESS, 31/12/2022.

20 %

C'est la part de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dans l'ensemble de l'offre pour personnes âgées de plus de 75 ans en 2022.

Source : FINESS, traitement CNSA 2022.

2043 €/mois

C'est le **prix médian** d'une chambre seule en hébergement permanent en **EHPAD**, en 2020 (prix hébergement + tarif dépendance GIR 5-6).

Source : CNSA, 2021.

88 ans

C'est l'**âge médian** d'un résident à l'entrée en EHPAD en 2019.

Source : DREES, enquête EHPA, 2019.

L'année 2021 a marqué le lancement du Ségur de la santé dotant la CNSA d'un budget de 2,1 milliards d'euros pour la transformation tant bâtementaire que numérique du secteur médico-social jusqu'à 2025.



1,5 Md€

C'est la somme mobilisée par la CNSA d'ici 2024 pour la transformation des EHPAD afin de renforcer le sentiment du chez soi, l'ouverture vers l'extérieur des établissements, le renforcement de la médicalisation, la qualité d'usage et architecturale et les modèles économiques.

Le soutien à l'investissement immobilier destiné aux personnes âgées

240,5 M€

C'est le montant consacré en 2022 à la rénovation de **178 EHPAD** qui ont ainsi engagé **1,8 Md€** de travaux concernant **13 390 places**.

1,9 M€ a permis de financer des prestations intellectuelles pour **12 EHPAD**.

437 EHPAD

seront réhabilités grâce aux financements 2021-2022, soit plus de 35 000 places.

522,3 M€

C'est le montant des subventions versées par la CNSA depuis 2021



3,8 Md€ de travaux

4 055 EHPAD

ont été financés en 2021 pour la réalisation d'un investissement du quotidien à hauteur de **114,3 M€**.

7,5 M€

pour soutenir l'investissement de **118 projets d'habitat inclusif** remontés par 27 conseils départementaux en 2022, soit **1 124 logements concernés**.

180

C'est le nombre de projets de réhabilitation et d'amélioration de résidences autonomie financés en 2021 et en 2022. **20 M€** ont été versés par la CNAV et **42,5 M€** par la CNSA, qui ont généré **254,8 M€** de travaux.

Le soutien de la qualité des ESMS

31

C'est le nombre de **conseillers et coordinateurs en transition écologique et énergétique en santé** recrutés en 2022 dans 21 ESMS (2 M€ par an).

95

C'est le nombre de tiers-lieux ouverts en EHPAD ou en résidence autonomie grâce au soutien de la CNSA, des ARS ou des CARSAT.

1,8 M€

a permis de financer **20 créations de tiers-lieux** pour **2,6 M€ de travaux**, de prestations intellectuelles et d'équipement.

4. Intégration et ouverture sur le territoire

Les EHPAD sont, en quelque sorte, le dernier maillon de la filière gériatrique. Ils accompagnent majoritairement des personnes âgées très dépendantes (730 000 résidents en EHPAD au 31/12/2019). L'âge moyen au moment de l'entrée est de 86 ans. La durée moyenne de séjour est de 2 ans et 7 mois mais un quart y restera moins d'une année et un autre quart plus de 5 ans. Plus de la moitié des personnes accueillies en EHPAD sont classés en GIR 1 ou 2, l'autre moitié est principalement des GIR 3 ou 4 et seulement quelques personnes en GIR 5 ou 6. L'évolution du GMP (GIR moyen pondéré) et PMP (PATHOS moyen pondéré) montrent que la population est de moins en moins autonome en EHPAD. Ainsi, repérer les risques de perte d'autonomie et de leur aggravation prend, au sein de ces établissements, tout son sens.

Le Conseil Départemental (CD81) est en charge de l'aide à l'autonomie pour les personnes âgées vivant dans son département. Son rôle en matière de dépendance s'organise autour de trois missions :

- La solvabilisation des personnes concernées (aides financières dont APA);
- L'organisation de l'offre de services à domicile et d'hébergement notamment résidence-autonomie et EHPAD selon le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale ;
- La coordination de l'action gérontologique en sa qualité de responsable de l'organisation des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Afin de faciliter l'accès à l'information, le Conseil Départemental du Tarn a mis en place un guichet unique pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les aidants, qui réunit en un lieu unique dénommé « **Maison Départementale de l'Autonomie - MDA** » toutes les prestations en matière d'accueil, de conseil et d'orientation des personnes vulnérables.

Coté Agence Régionale de Santé (ARS), la filière gériatrique s'entend comme un dispositif de soins sur un territoire qui couvre l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée. Elle prend en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé afin de faciliter le parcours de soins du patient âgé. Elle comprend différents acteurs du secteur public comme privé :

- L'hôpital avec l'hôpital de jour, le court séjour gériatrique, les consultations mémoire par des médecins spécialisés au sein du pôle gériatrique, les unités de soins de suite et de réadaptation, les unités de soins de longue durée, le service d'hospitalisation à domicile et l'équipe mobile de gériatrie, la médecine de spécialité.
- Les professionnels de santé comme la médecine de ville avec les médecins traitants quelquefois regroupés en « maison de santé » avec du personnel infirmier libéral et des auxiliaires médicaux et paramédicaux (psychomotricien ergothérapeute, orthophoniste, kinésithérapeute, pédicure, pharmacien ...) et éventuellement une équipe médico-sociale avec une assistante sociale.
- Les autres acteurs sont tous les services d'aide à domicile (SSIAD, SAAD, SPASAD, portage de repas), d'information (CLIC et CCAS) et d'hébergement des personnes âgées (foyer-logement, résidence senior, habitat partagé intergénérationnel ou non, habitat inclusif, famille d'accueil, béguinage, résidence autonomie, EHPAD et EHPA).

Les EHPAD s'adressent plus spécifiquement aux personnes de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien car les personnes accueillies sont généralement en forte perte d'autonomie nécessitant une aide dans les actes de la vie courante pour des raisons physiques (problème de motricité, déplacement) ou cognitives (maladie d'Alzheimer ou apparentée). Ils proposent des prestations hôtelières (logement, entretien, restauration, blanchisserie...), un accompagnement de la perte d'autonomie (y compris administratif et animation vie sociale) et un encadrement des soins quotidiens sur un fonctionnement toute l'année, jour et nuit. Les EHPAD signent un contrat avec le Conseil Départemental et l'ARS qui leur apportent des financements en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en soins.

Au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs peuvent venir en appui des parcours de santé de la population sur des problématiques différentes, rendant leur intervention peu lisible. C'est le cas des réseaux de santé, des MAIA, des plateformes territoriales d'appui (PTA) et des coordinations territoriales d'appui (CTA). C'est pourquoi ces dispositifs sont progressivement amenés à s'unifier en un dispositif unique, qui répond à tout professionnel quels que soient la pathologie ou l'âge de la personne qu'ils accompagnent : **le dispositif d'appui à la coordination (DAC)**. Les dispositifs d'appui à la coordination viennent prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés.

Ils permettent d'apporter des réponses davantage adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé. Ils sont au service de tous les professionnels du territoire, qu'il s'agisse :

- des professionnels de santé de ville, libéraux ou salariés
- des personnels des établissements de santé publics, privés et HAD
- des professionnels de l'ensemble du champ social et médico-social.

Les DAC peuvent également répondre aux demandes des personnes et de leurs aidants et ainsi faciliter leur parcours en apportant une réponse coordonnée à l'ensemble de leurs besoins en intégrant des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).



A/ Notion de parcours

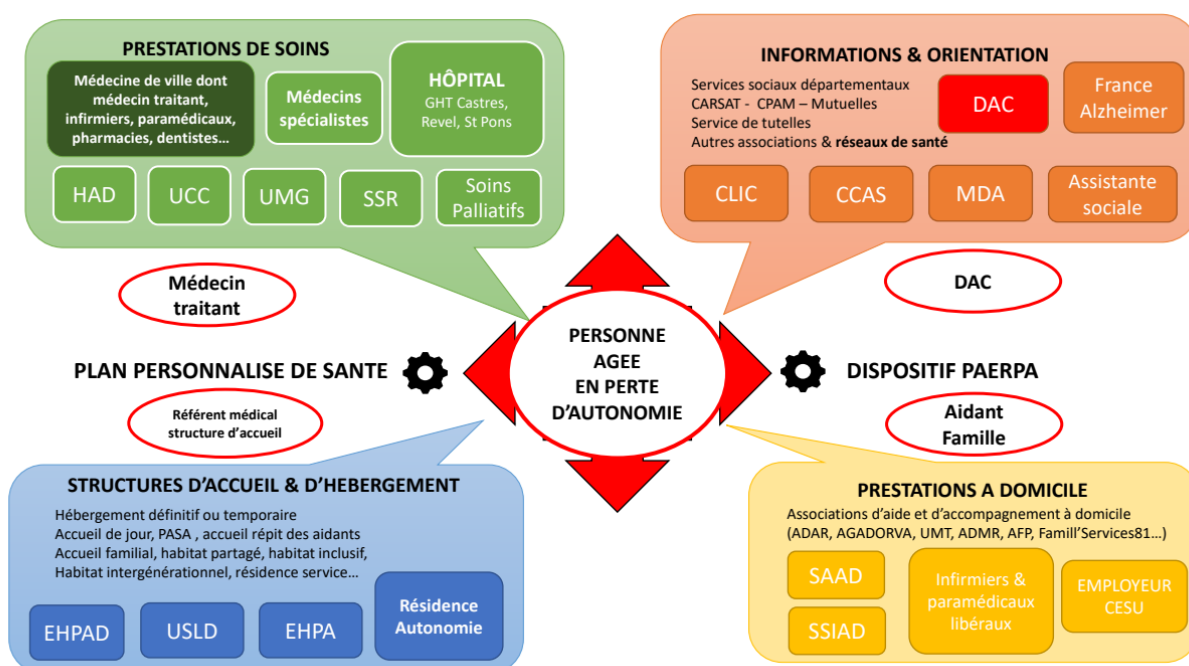
La notion de parcours répond à la nécessaire évolution de notre système de santé liée à la progression des maladies chroniques et des situations de perte d'autonomie. **Les parcours (de soins, de santé et de vie)** ont une dimension temporelle qui est d'organiser une prise en soins de la personne âgée fragile coordonnée dans le temps et spatiale, dans un territoire donné. Une 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 est donc nécessaire.

Aujourd'hui, il faut rappeler sans cesse que les personnes âgées fragiles ou en risque de perte d'autonomie souffrent de fragilité sociale et de multiples problèmes de santé (pluripathologie), pour lesquels l'objectif n'est souvent pas la guérison mais la stabilisation du niveau d'autonomie individuelle. Cette dernière dépend intimement de la bonne coordination des soins et services à la personne issus des interventions nombreuses d'un ensemble d'acteurs sanitaires et sociaux dans la durée.

La démarche de parcours se fait en trois étapes :

- le repérage des fragilités : en milieu de vie et/ou en médecine ;
- l'évaluation des besoins pour établir un plan personnalisé de santé et de prévention ;
- le temps de l'action : les soins et accompagnements à mettre en œuvre (qui, quand, où...).

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en France une personne sur dix, ainsi afin de prévenir et de limiter leur perte d'autonomie, il existe un dispositif spécifique : le **PAERPA, parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie**. C'est la définition de ce parcours personnalisé et sa coordination sur le territoire qui sera l'enjeu des politiques de santé à venir et des acteurs du soin et de l'accompagnement comme les EHPAD.



B/ Nos partenaires sur le territoire de santé

L'EHPAD Saint Joseph dispose de conventions de partenariat avec les établissements de santé du territoire Tarn Sud notamment :

- ➔ une convention de coopération entre un centre hospitalier pivot et un EHPAD signé avec le centre hospitalier intercommunal de castres appelé « **Hôpital du Pays d'Autan** » HPA depuis 2013 (tacite reconduction par période triennale) pour :
 - faciliter le flux des patients et optimiser la pris 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**. En effet, la plateforme COVID de l'HPA est devenue l'Equipe Parcours Santé Personnes Âgées EPS-PA. 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 du service de médecine gériatrique du Docteur DARDENNE Sophie avec mise à disposition d'une infirmière spécialisée 7jours/7 de 9h à 18h avec renfort au besoin :

- de l'unité mobile de gériatrie (UMG)
- de l'unité cognitivo-comportementale (UCC)
- du service Allo transfu (pour les transfusions)
- du SSR de l'hôpital de jour de Mazamet
- d'un service de télémedecine et télé-expertise (système TÉLÉO),
- du dispositif d'hospitalisation à domicile (HAD INICEA).

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.

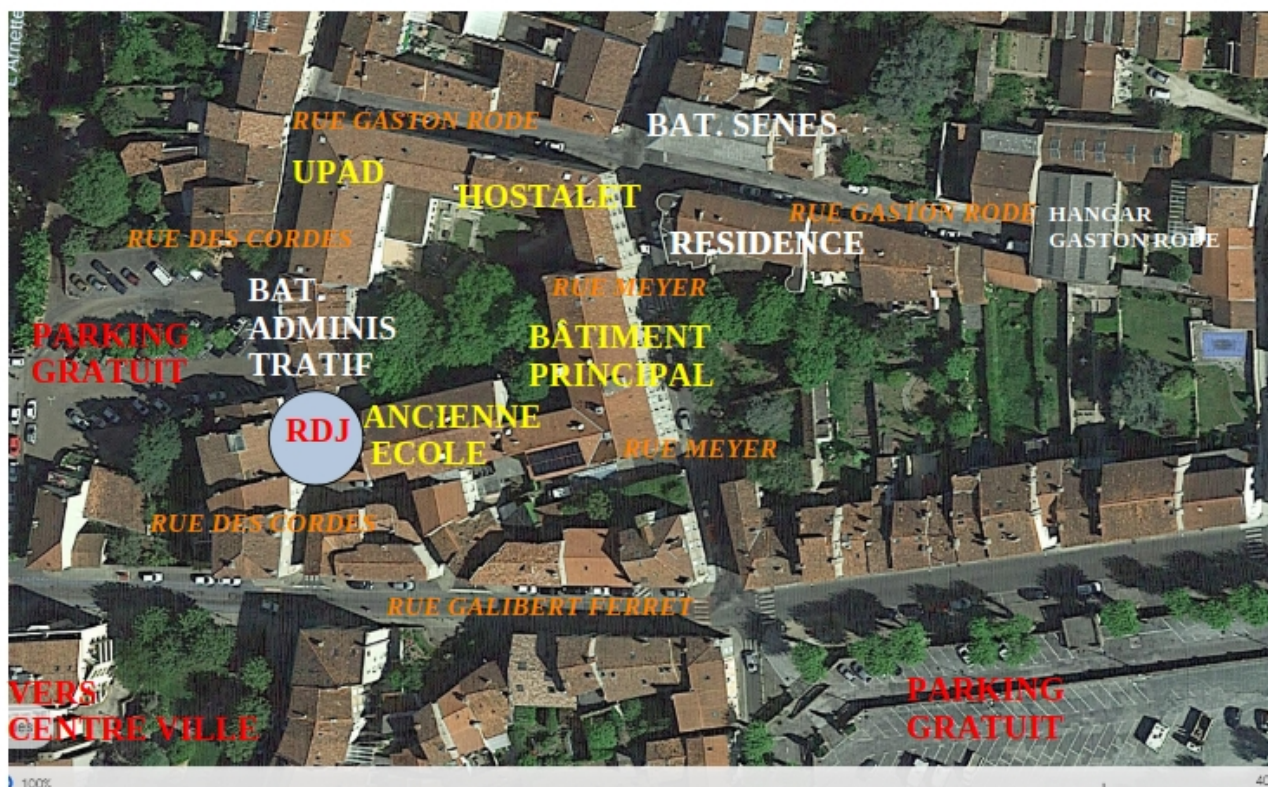
- ➔ un partenariat pour participation au **parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier** avec la polyclinique du Sidobre de Castres (groupe ELSAN) depuis avril 2024, avec pour objectif de :
 - pourvoir recourir à un parcours d'hospitalisation directe 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 coordonnée et créer un lien entre les acteurs de santé.
- ➔ Un partenariat avec le **dispositif d'appui à la coordination DAC 81** composé d'une équipe pluridisciplinaire de 27 professionnels dont les compétences permettent de répondre de manière graduée et polyvalente à toute sollicitation sur des cas complexes (ex RESOPALID « soins palliatifs » & MAIA « suivi intensif de personnes âgées et animation territoriale »).

5. Environnement architectural

La Maison Saint Joseph est constituée de **six unités de vies** qui accueillent des personnes âgées dépendantes conformément au projet de vie individuel analysé lors de l'admission :

- ➔ **La Résidence « Seurat »** : Assurer une réponse adaptée à des besoins polyvalents et à la prévention de la perte d'autonomie
- ➔ **L'Hostalet « Cézanne »** : Assurer une réponse adaptée à des besoins polyvalents et lien social
- ➔ **L'unité Gauguin (1° étage)** : Assurer une réponse adaptée à des besoins polyvalents
- ➔ **L'unité Van Gogh (2° étage)** : Assurer une réponse adaptée à des besoins polyvalents
- ➔ **L'unité Toulouse-Lautrec (3° étage)** : Assurer une réponse adaptée à des besoins polyvalents
- ➔ **L'unité Alzheimer UPAD « Monet »** : Prendre en charge les personnes en déficit cognitif et démences apparentées.

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 intérieur bâtiment principal).



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

*** Milieu de vie « Résidence SEURAT » : Projet spécifique « Assurer une réponse à des besoins polyvalents et prioriser le maintien de l'autonomie » :**

Cette unité se situe au 4 rue Meyer dans un bâtiment indépendant relié au bâtiment principal par un tunnel en sous-sol. L'objectif principal de cette unité de vie est un accompagnement, si besoin, au maintien du lien social, au travers d'une aide quotidienne moyenne. Les moyens de cette unité et son architecture spécifique ne sont pas adaptés pour accompagner une personne présentant des troubles cognitifs et/ou avec une dépendance trop importante. **Ce bâtiment comprend 18 chambres individuelles dont 2 chambres en rez-de-chaussée dites « studio autonomie »** avec une chambre et un coin salon pour recevoir des invités. Les logements en R+1 sont équipés d'un balcon accessible et ceux du R+2 d'une terrasse externe. Le rez-de-chaussée comprend un espace d'activité climatisé avec bibliothèque, TV, cuisine thérapeutique et une salle de restaurant donnant sur le jardin clôturé et ombragé.

*** Milieu de vie « Hostalet CÉZANNE » : Projet spécifique « Assurer une réponse à des besoins polyvalents et privilégier le lien social »**

Cette unité de vie nouvellement construite dans un bâtiment spécifique dispose de **29 chambres individuelles d'une belle superficie** avec salle de bain et TV. Elle accueille des résidents qui nécessitent un accompagnement modéré dont 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 et de bénéficier d'un projet architectural favorisant le lien social. En effet, cette unité, sur 3 niveaux, accueille en rez-de-chaussée la grande zone de restauration commune à l'EHPAD ainsi qu'une salle d'activité, une zone réservée aux jeux de société et un espace TV.

*** Milieu de vie « GAUGUIN » : Projet spécifique « Assurer une réponse à des besoins polyvalents »**

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 et 141). 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.

*** Milieu de vie « VAN GOGH » : Projet spécifique « Assurer une réponse à des besoins polyvalents »**

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 2ème 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). Il existe dans cette unité 2 * 2 chambres dites 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.

*** Milieu de vie « TOULOUSE-LAUTREC » : Projet spécifique « Assurer une réponse à des besoins polyvalents »**

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 dans une unité de vie à taille réduite. Cette unité, située au 3ème étage du bâtiment principal comprend **15 chambres individuelles** adaptées avec salle de bain (une partie de l'unité a été rénovée en 2024) **dont 2 sont réservées pour l'hébergement permanent en chambre à deux lits maintenus pour répondre à des besoins d'accueil particulier notamment couple, fratrie...** . Il existe dans cette unité 1 * 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 et espace TV, de circulations (couloirs) climatisés pour favoriser le confort d'été.

*** Milieu de vie dit « Unité Alzheimer UPAD » : Projet spécifique « Accompagner la personne atteinte de la maladie Alzheimer et démences apparentées**

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 réservé à l'hébergement temporaire (Ch. 010).** Elle accueille des résidents qui nécessitent une prise en soins 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 soins, ils sont à ce titre sollicités en tant qu'acteur de l'accompagnement.

Par ailleurs, compte tenu de la superficie des anciennes chambres à 2 lits qui sont devenues des chambres individuelles lors de la réorganisation, l'EHPAD accueillera en priorité dans ces grandes chambres, les personnes les plus dépendantes afin d'améliorer leur confort et de permettre à nos soignants de réaliser leur travail dans les meilleures conditions possibles.

Enfin, un **accueil spécifique est aussi réservé aux religieuses dite « Sœurs âgées »**. Historiquement, la Maison Saint Joseph a toujours accueilli des religieuses et elle témoigne de leurs contributions pour construire une aide pour les plus démunis. Leur rôle des Sœurs a été varié : administratrices, religieuses, salariées, résidentes, donatrices. Les sœurs vieillissantes, quelle que soit la congrégation, trouvent ici une réponse à leur engagement spirituel, ainsi qu'à leurs problèmes de santé et de handicap. Les sœurs accueillies sont hébergées dans les différentes unités, selon leurs attentes et leurs besoins. Une chapelle située au rez-de-chaussée du bâtiment principal est ouverte à tous, 24h/24h. Elle est destinée au recueillement, à la célébration de messes hebdomadaires (le vendredi) et à toutes les fêtes chrétiennes.

II - L'histoire et les valeurs de l'établissement : le projet associatif

On ne saurait aborder la Maison Saint Joseph et l'Association Galibert-Ferret sans évoquer l'impact de la nature associative de cet établissement et son histoire locale. Il s'agit d'une association (droit privé) dite loi 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.

En définitive, l'Association Galibert-Ferret, et ses réalisations, sont à l'intersection du :

- monde marchand (le marché),
- monde des services publics accompagnant les publics à protéger (redistribution),
- monde des bénévoles, particulièrement sensibles à celui qui est aujourd'hui en difficulté (réciprocité) à cause de la maladie, d'un événement dramatique, de l'âge, de sa situation sociale...

1. Historique

- * **9 Mai 1924 : Déclaration de l'Association Galibert Ferret (dépôt statut et J.O. 05/06/1924).**
- * Mars 1961 : transformation de la clinique chirurgicale Saint Joseph en clinique médicale comprenant 26 lits.
- * Septembre 1983 : Construction de la résidence Saint Joseph en lieu et place de l'ancienne école Notre Dame.
- * Décembre 1985 : la Polyclinique Saint Joseph arrête son activité et laisse place à la Maison Saint Joseph. Elle débute son activité le 1er janvier 1986.
- * Fin 1995 : travaux de mise aux normes « détection incendie ».
- * Courant 1999 : démarrage des travaux d'humanisation et de mise en sécurité incendie.
- * Mars 2001 : Fin des travaux de la première tranche : bâtiment dit ancienne école.
- * 2002 : **Transformation de la maison de retraite Saint Joseph en EHPAD**, 1ère convention tripartite, nouvelle tarification, démarche qualité.
- * 2003 : **1ère Certification NF EN ISO 9001** : 2000 attribuée à l'association Galibert Ferret par BVQI. Domaine d'activité : Prise en charge du vieillissement : accueil, soins, accompagnement.
- * 2006 : Renouvellement de la certification NF EN ISO 9001 : 2000 attribuée à l'association Galibert Ferret par Bureau Véritas. Domaine d'activité : Accompagner le vieillissement : Soigner, Accueillir, Restaurer, Animer, Aider, Héberger. (SARAAH).
- * 2008 : Renouvellement convention tripartite EHPAD Saint Joseph.
- * 2011 : **Construction nouvelle unité Alzheimer dite UPAD** et renouvellement de la certification NF EN ISO 9001 : 2008 par Bureau Véritas. Ouverture UPAD en 06/2012.
- * 2012 : **Autorisation de 5 places d'hébergement temporaire** avec projet de service spécifique dont un pour l'accueil d'urgence et réaménagement du jardin / parc.
- * Décembre 2012 : Évaluation interne.
- * Novembre 2013 : Évaluation externe.
- * 2014 /2015 : Création du service de blanchisserie interne, d'une salle activité gymnique, réaménagement de locaux et rénovation des peintures des bâtiments...
- * 2016/2018 : Réflexion sur projet de rénovation architecturale et de fin humanisation et mise aux normes et recherche financement.
- * 2017 : **Renouvellement de l'autorisation EHPAD pour 15 ans + coupe GIR et Pathos.**
- * 2019 : **Autorisation de 5 logements en "Résidence Autonomie"** suite appel à candidature ARS / CD 81 et **signature du CPOM 2019-2023 + Autorisation 14 places PASA.**
- * 2020 : Autorisation ARS « dispositif d'accompagnement relais pour personnes âgées Dépendantes avec diminution du reste à charge » (dispositif temporaire pour 2 ans).
- * 2020/2024 ... : **Projet Hostalet** : phase 1 PASA / phase 2 construction d'une nouvelle unité de 29 logements, retard suite crise sanitaire Covid19 puis crise « Ukraine ». Ouverture Hostalet 06/2023.
Prorogation du CPOM jusqu'au 31/12/2024.
- * Juillet 2023 à Décembre 2024 : Phase 3 Hostalet avec création de lieux de vie côté parc + **Fin humanisation des chambres** zone 6 bâtiment principal (R+1/ R+2/ R+3) + chambres zone 5 R+3. Mise en fonctionnement des 6 nouvelles unités de vie en 09/2024.
- * 2024 : **Évaluation HAS + coupe GIR /Pathos. Cent ans Association**
- * 2025... : **Renégociation CPOM** / Projet Résidence Autonomie (5 logements autorisés) – Projets Habitat intergénérationnel , rénovation Résidence...

2. La mission de l'association gestionnaire

Extraits des statuts : L'Association Galibert-Ferret a pour but : « la création et le développement d'œuvres d'hospitalisation d'inspiration chrétienne, de cliniques, de maisons de convalescence ou de repos dans la région de Mazamet et de contribuer quand il y aura lieu à la création et au développement d'œuvres de formation, préservation et hospitalisation des enfants et jeunes filles de la région. Ses moyens d'action consistent principalement dans la formation et l'entretien d'établissements concourant à son but par l'éducation, l'apprentissage, les œuvres post-scolaires, le foyer de jeunes ouvrières, les colonies de vacances, les loisirs et sports, en un mot, toutes les œuvres de jeunesse, et aussi par l'hospitalisation, étant précisés que les services hospitaliers pourront recevoir des personnes de tout âge ».

Déclaration du Président de l'Association Galibert-Ferret

Chers amis, partenaires, clients, bénévoles, financeurs, salariés,

- ✓ Afin de permettre à ce territoire du Sud du Tarn de continuer à être à la fois « auteur et acteur » de son avenir,
- ✓ Afin de porter secours à ceux qui sont dans la difficulté, la souffrance et le besoin,

↳ L'Association Galibert-Ferret s'engage selon les axes définis ci-après :

- **Garantir une gouvernance et une gestion responsable de l'association Galibert-Ferret**

L'association Galibert-Ferret le traduit :

- ◆ en s'assurant annuellement que toutes ses réalisations sont conformes à son objet et ses valeurs, notamment chrétiennes (le souci des plus démunis, la liberté d'entreprendre et de s'associer, l'intérêt de la diversité des acteurs, l'action locale),
- ◆ en s'assurant que son organisation et ses modes de fonctionnement, en cohérence avec les valeurs du réseau UNIOPSS / URIOPSS, garantissent le désintéressement, la confidentialité, la transparence, l'accès à l'information, l'absence de conflit d'intérêt, la lutte contre toutes les formes de discrimination

- **Accompagner, au-delà de la simple relation commerciale, un public défavorisé, ou exclu, en répondant notamment aux attentes des politiques publiques.** Il s'agit :

- ◆ de développer toutes actions à destination des personnes à protéger,
- ◆ de répondre aux attentes des pouvoirs publics en matière de soins et d'accompagnement,
- ◆ d'œuvrer pour une « bientraitance »,
- ◆ de respecter les guides de bonnes pratiques.

- **Démontrer sa capacité à relever les défis s'imposant à tout acteur du monde de l'entreprise,**

Les préoccupations du monde de l'entreprise obligent l'Association Galibert-Ferret, à rechercher pour chacune de ses réalisations :

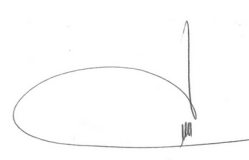
- ◆ la performance,
- ◆ le moindre coût,
- ◆ la qualité,
- ◆ la protection de l'environnement,

- ◆ la sécurité pour tous et la gestion des risques.

Je charge la Direction d'établir le champ d'application, le périmètre ainsi que les objectifs-qualité respectant ces actes généraux et de les mettre en œuvre. Ces objectifs doivent se traduire dans le cadre du système qualité comme devant être conforme à la norme ISO 9001.

La Direction veillera à l'efficacité du système qualité et m'en rendra compte annuellement.

Le Président
Association Galibert-Ferret
Michel CAMANES



3. Les valeurs de l'association « prise en charge des plus démunis »

Principe de liberté

C'est une organisation qui dit NON aux seuls pouvoirs politiques et administratifs et NON aux seuls critères économiques, sans toutefois rejeter ces pouvoirs. Elle est en perpétuelle recherche d'équilibre entre ces deux pôles. Elle exerce, en toute liberté, son devoir de vigilance concernant les plus fragiles et les plus démunis. La gestion d'établissement lui permet d'apprécier les difficultés de la mise en œuvre des politiques publiques, et la qualité réelle apportée aux plus démunis et au plus fragiles.

Principe d'égalité

L'association de solidarité vise la satisfaction de l'intérêt général. Ses vocations sont l'appui aux plus fragiles, et la préservation du tissu social, conformément à notre constitution française notamment la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et le Préambule de la constitution du 27 octobre 1946. Elle exerce ici son devoir de dire.

Principe de fraternité

Le principe de fraternité s'exerce

- En favorisant le bénévolat
- En suscitant les vocations professionnelles
- En étant présent auprès des citoyens

Elle exerce ici son devoir de restaurer la parole et son devoir de faire.

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.

4. La non lucrativité & le réseau associatif

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.

5. Le projet d'établissement au service du projet associatif

Déclaration de la Directrice

*En plus du réseau URIOPSS, je suis adhérente à la **FNADEPA** (nationale et départementale) – Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées) pour « former, informer, conseiller, représenter, rassembler, promouvoir l'ensemble des acteurs du secteur (tous statuts confondus) afin d'améliorer les prestations et la qualité de vie des personnes âgées » et à l'**UDEPA 81** – Union départementale des établissements pour personnes âgées du Tarn dont l'objet est d'« être, à l'échelle départementale, une force de proposition et de représentation des établissements pour personnes âgées ; favoriser le travail en réseau ; développer toute activité pouvant améliorer l'accompagnement des personnes âgées ».*

Madame, Monsieur, chers collaborateurs, personnes accueillies et leur entourage,

En conformité avec l'histoire et les valeurs fondatrices de la Maison Saint Joseph, les statuts loi 1901 « sans but lucratif » de l'Association Galibert-Ferret garantissent depuis 1924 à toutes personnes accueillies, partenaires, bénévoles, clients, ... :

- ✓ une indépendance, et une liberté d'entreprendre ;
- ✓ un attachement aux valeurs chrétiennes d'espérance, respect des différences et de partage ;
- ✓ une transparence du fonctionnement et des modes d'organisation ;
- ✓ une vigilance accrue concernant les besoins non satisfaits des personnes en difficulté ;
- ✓ un militantisme relatif à la défense des droits des plus démunis ;
- ✓ un désintéressement et une utilisation optimale des ressources exclusivement destinées au profit de l'objet désintéressé de l'association ;
- ✓ un dynamisme pour anticiper les enjeux et défis de demain.

C'est dans le respect de cette ligne directrice que le projet d'établissement est réalisé. Il est intimement lié :

- **d'une part à notre système qualité dont découle notre mission** : « Accompagner le vieillissement : Soigner, Accueillir, Restaurer, Animer, Aider, Héberger », désigné par l'acronyme SARAAH qui définit l'ensemble du système de management qualité (SMQ) qui est certifié ISO 9001 depuis 2003 ;
- **d'autre part aux objectifs définis dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de Moyens (CPOM)** signé fin 2018 pour la période « 2019 -2023/2024 » qui déterminent les objectifs à atteindre et les moyens alloués pour y arriver et définissent ainsi les dotations financières octroyées par nos autorités de tarification (forfait Soins versé par le ministère de la Santé, forfait dépendance versé par le département du Tarn et Tarif journalier Hébergement déterminé par le Conseil Départemental du Tarn).

Ce projet d'établissement comprend la définition de l'aide apportée, de l'offre de service telle que définit dans la cartographie de l'établissement (CA019 à récupérer sur intranet « Qualité »).

Voilà en quelques lignes, les services principaux rendus :

- => Évaluation des attentes et des besoins, orientation, admissions éventuelles ;
- => Offre d'animations, de culte, d'activités occupationnelles et de spectacles ;
- => Accompagnement administratif et social simple ;
- => Offre de soins infirmiers et paramédicaux et un accompagnement psychologique ;
- => Unités Alzheimer : Accompagner les personnes en déficits cognitifs
- => Résidence Saint Joseph : Maintenir en priorité la vie sociale et l'autonomie
- => Unité Gauguin, Van Gogh et Hostalet : Assurer une réponse à des besoins polyvalents.
- => Hébergement temporaire : répondre à un besoin temporaire d'hébergement et de soins, et soutenir les aidants et familles.

La Directrice
Karine DERLYN



III - Le respect du droit des personnes accueillies

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 soins 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.

L'hébergement en EHPAD a aussi ses limites notamment en terme de respect de la liberté d'aller et venir des personnes accueillies. Cette liberté d'aller et venir est un droit fondamental protégé par la Constitution. La liberté d'aller et venir en EHPAD garantit à chaque personne accompagnée la possibilité de se déplacer librement et de mener une vie selon ses choix. Les éventuelles restrictions à cette liberté doivent être limitées aux seuls impératifs de sécurité, de respect d'autrui par une décision médicale justifiée et font l'objet d'un écrit professionnel spécifique (DQ597).

1. Le droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et de son intimité

« En collectivité, le risque d'atteinte à la dignité est multiplié par la proximité et le regard des autres. Alors que le corps constitue la base et le support privilégié du sentiment d'identité, le respect de l'intimité corporelle est déterminant » comme le précise l'ANESM dans « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ».

L'ensemble du personnel doit, par son attitude et ses propos, agir avec respect, civilité, tact et gentillesse à l'égard des personnes accueillies, être à l'écoute des attentes et répondre aux besoins en fonction de leur état de santé et respecter leur espace en frappant à la porte avant d'entrer et en s'identifiant. Par ailleurs, il est attendu des salariés un comportement exemplaire et respectueux envers toute personne, résident, famille, bénévole et/ou collègue de travail (le travail de soignant étant un travail d'équipe). En conséquence, tout acte ou événement pouvant être « qualifié » d'acte de maltraitance portera atteinte à la confiance absolument nécessaire pour pouvoir s'occuper et aider dignement des personnes fragiles. Les salariés sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et doivent interagir dans une attitude bien-traitante. Il est rappelé que nous proposons des services et que la personne accueillie a la liberté de les refuser.

En fonction de l'accompagnement défini avec les équipes, la personne accueillie est vouvoyée, connue par son nom ou autre à sa demande. Son nom est indiqué sur la porte de sa chambre et elle peut en avoir la clé. Il est fortement recommandé de ne pas conserver d'objets précieux ou d'argent dans les logements, vous avez la possibilité de déposer les biens et valeurs auprès du secrétariat contre réception d'un reçu et après inventaire (cf. DQ603).

Enfin, en cas de difficultés financières, d'isolement, de vulnérabilité vis-à-vis d'un tiers et s'il est médicalement constaté une altération, soit des facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, alors des démarches en vue d'une demande de mesure de protection peuvent être envisagées.

2. Le droit à la sécurité des biens et des personnes

L'établissement met tous les moyens dont il dispose pour garantir la plus grande sécurité aux personnes accueillies dans la limite de l'exercice de leur liberté. Le personnel assure notamment une permanence 24 heures sur 24h : appel malade, veille de nuit, continuité de soins : personnels infirmiers tous les jours de 7h à 20h30 puis astreinte de nuit notamment pour la réponse aux situations d'urgence. Les logements sont équipés d'une sonnette d'appel (chambre et salle de bain) à utiliser en cas de besoin. Le personnel soignant est équipé de téléphone DECT recevant lesdits signalements et en assure une réponse dans les meilleurs délais possible en fonction des contraintes organisationnelles.

Les entrées / sorties des différents bâtiments ont été équipées de sas d'ouverture avec portier (sonnette ou code) dans le cadre de la mise en sécurité « vigipirate » et des normes sanitaires. Les portes d'accès aux unités de vie (et certains ascenseurs) sont munis de dispositif de sécurisation allant du simple bouton poussoir au clavier à code (selon pathologies) afin d'en sécuriser l'accès (entrée et sortie). Il existe aussi un **système de vidéo-surveillance** des entrées et sorties et l'établissement respecte les règles du droit à l'image des personnes accueillies. La direction se réserve le droit de restreindre et/ou d'encadrer les visites lorsque celles-ci nuisent à la sécurité, l'ordre public ou l'hygiène dans la maison. Toutes allées et venues de personnes non identifiées ou au comportement indécent doit être signalée au service ou à la direction.

D'autre part, l'EHPAD est classé en établissement dit ERP (Établissement Recevant du Public) de type J (Structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées) de 4ème catégorie. Les locaux sont équipés de dispositifs de prévention des incendies, de mise en sécurité appropriés et de moyens de lutte contre l'incendie. L'EHPAD reçoit tous les trois ans la visite de la commission départementale de sécurité. Des personnels sont spécifiquement désignés par la direction, et formés, pour assurer la surveillance et la réponse en cas d'incendie et une partie du personnel technique et direction est formé au diplôme de SSIAP niveau 1 : Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personnes. L'ensemble du personnel est régulièrement formé à la lutte contre le feu et à l'évacuation horizontale nécessaire dans cet établissement. Les consignes de conduite à tenir sont affichées dans tout l'établissement. La personne accueillie, sa famille / entourage, les intervenants externes, les visiteurs devront suivre scrupuleusement les consignes écrites, affichées et/ou données par le personnel en cas d'évacuation.

3. Le droit au respect de sa personnalité, de sa liberté d'opinion et de son individualité

Véritable lieu de vie, l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD s'adaptent aux rythmes de vie de chacun. C'est pourquoi les horaires des levers, des repas et des couchers sont pris en compte dans les habitudes de vie et les besoins, dans le cadre du projet d'accompagnement personnalisé.

Le repas étant un moment de convivialité et d'échanges, les résidents sont placés à table en fonction de leurs affinités, dans la mesure du possible. L'établissement peut être amené à modifier le plan de table, suivant les besoins de surveillance ou pathologies.

Dans la limite des moyens alloués à l'établissement et des contraintes de la vie en collectivité, sur la base du choix des pratiques validées dans le projet d'établissement et en référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement individualisé tout au long de leur séjour. Cet accompagnement se traduit par l'élaboration d'un projet personnalisé révisable, en adéquation avec le projet de vie de la personne, son degré d'autonomie et son état de santé. Les prestations fournies sont ainsi évolutives, adaptées à chacune des situations et mises en place avec la personne concernée, son représentant légal le cas échéant, la personne de confiance et/ou le référent familial et le personnel soignant de l'établissement.

4. Le libre choix des prestations proposées

Pour chaque acte de la vie quotidienne, le personnel doit solliciter et rechercher l'avis et l'accord de la personne accueillie. De même, celle-ci est invitée à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet personnalisé. Pour l'aider dans ce cheminement, la personne accueillie peut nommer :

- **une personne référente** : La personne référente est la personne que l'EHPAD contactera pour tout type d'informations et de questions relatives à la personne accueillie : prise des rendez-vous pour les différents prestataires extérieurs et paiement de leur honoraire (cf annexe DQ098), information auprès des équipes soignantes et infirmière pour éditer le dossier médical, suivi de l'accompagnement... **c'est la première et seule personne qui est contactée pour les informations sur la personne accueillie (à sa charge de transmettre l'information à d'autres personnes ou membres de la famille)**. La personne référente doit être consciente d'agir en complément et pour le compte de la personne concernée, elle est nécessairement désignée lors de l'admission et aide aux démarches administratives de la personne accueillie.
- **Une personne de confiance** au sens de l'article L.111-6 du Code de la Santé Publique qui dispose que « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche, ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle même serait hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir l'information nécessaire à cette fin* ». Cette désignation est faite par écrit (DQ599). Elle est révocable à tout moment (pour cela, s'adresser au secrétariat). Si le résident le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

L'établissement, dans ce cadre, veillera à accompagner la personne accueillie dans la bonne compréhension des éléments de son projet personnalisé de soin et d'accompagnement (recherche du consentement éclairé), dans la rédaction de ses directives anticipées et prendra note, après discussion, de chaque refus de soin en gardant une trace écrite.

5. Le droit au maintien de lien social

Le projet de vie inclut le maintien des relations familiales de chacune des personnes accueillies sauf volonté contraire exprimée par la personne hébergée. La présence, le plus souvent possible, de la famille et des amis est une condition fondamentale de la qualité du séjour. Pendant toute la durée de celui-ci, l'information et la communication entre la famille et l'établissement, dans le respect de la volonté de la personne accueillie, doivent s'instaurer afin d'assurer au mieux leur complémentarité dans un climat de confiance mutuelle.

Les visites aux personnes accueillies sont libres à tout moment dans les logements sauf restrictions nécessaires en cas de situation particulière où des protocoles particuliers peuvent être mis en place pour les personnes extérieures à l'établissement (crise sanitaire, épidémie...). Les visiteurs sont invités à respecter l'intimité, la tranquillité, la sérénité et la sécurité des autres résidents. L'entrée de l'établissement pourra être restreinte/encadrée à toute personne en cas de non respect des règles de vie en collectivité exposées dans le règlement de fonctionnement. Les membres de la famille et les amis sont aussi les bienvenus au moment des repas avec un tarif spécifique pour les repas pris par les invités et sous réserve de disponibilité et de commande de repas 48h à l'avance (ticket repas à acheter auprès du secrétariat). Un salon des familles est mis à disposition dans certaines unités de vie pour un temps privilégié plus personnalisé (anniversaire, fête..), sous réserve de réserver à l'avance auprès du personnel de l'unité. Par ailleurs, le réseau Internet est accessible gratuitement via WIFI en chambre et dans les espaces communs et les lieux de vie de chaque unité.

Dans le respect des libertés d'aller et venir, les personnes accueillies peuvent sortir librement. Si la personne accueillie est appelée à rentrer après la fermeture des portes, elle doit prévenir au préalable le personnel de l'étage. Des sonnettes avec interphones, reliées aux téléphones des veilleuses de nuit sont placées aux différentes entrées de l'EHPAD. En cas d'absence pour un ou plusieurs jours, il est indispensable, pour des raisons d'organisation et de sécurité, d'informer le secrétariat au moins 48h à l'avance (nécessaire pour la préparation pilulier...). Certaines unités sont équipées de dispositifs destinés à faire obstacle à des personnes en déficit cognitif. Les éventuelles restrictions au principe de la liberté d'aller et de venir qui demeure un droit fondamental en EHPAD, sont strictement encadrées par les dispositions de l'article L.311-4-1 du CASF. Elles sont établies dans le seul intérêt des résidents qui le nécessiteraient, dans le respect de leur intégrité physique et de leur sécurité, et dans le but de soutenir l'exercice de leur liberté d'aller et venir. Ces dispositions particulières sont étudiées dans le cadre d'une annexe au contrat de séjour (DQ597) qui ne comporteraient que des mesures strictement nécessaires et proportionnées aux risques encourus.

6. Le droit à l'exercice des droits civiques et à la citoyenneté

L'établissement met tout en œuvre pour que la personne accueillie puisse exercer pleinement et librement sa citoyenneté. Chacun a le droit de s'exprimer, d'écrire, le droit de communiquer ses pensées et ses opinions. Les personnes accueillies sont invitées à respecter la liberté d'expression des autres résidents et les professionnels de l'établissement.

L'établissement s'engage à faciliter l'expression de la citoyenneté des résidents, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement et notamment en cas de scrutin national.

Chacun peut se faire élire au sein du Conseil de la Vie Sociale et peut participer, s'il souhaite, aux commissions mises en œuvre dans l'établissement (commission menus, par exemple).

7. Le droit d'accueillir son animal de compagnie

L'article 26 de la loi « Bien-vieillir » du 08/04/2024 garantie aux résidents des EHPAD, le droit d'accueillir leurs animaux de compagnie, sous réserve de leur capacité à en assurer les besoins physiologiques, comportementaux et médicaux et, de respecter les conditions d'hygiène et de sécurité définies par l'arrêté du 03/03/2025 et les dispositions spécifiques du règlement de fonctionnement de l'EHPAD. Cet accueil d'un animal domestique fera l'objet d'un avenant au contrat de séjour pour en détailler toutes les particularités.

8. Le droit à la pratique religieuse et à la liberté de culte

La liberté d'opinion et de conscience est de règle dans notre Établissement « laïque » et doit être respectée par tous. Compte tenu de ses origines fondatrices (congrégation des Sœurs de Gethsémani), une messe catholique est célébrée régulièrement dans la chapelle située au rez-de-chaussée du bâtiment principal de l'établissement avec possibilité d'accompagnement (transfert). Ces offices sont ouverts aux personnes extérieures sous réserve de places disponibles.

9. Le droit à l'information relative au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement

Les outils de la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ont permis de créer 7 documents indispensables au fonctionnement de l'EHPAD et d'assurer aux personnes accueillies le respect de leurs droits et libertés fondamentales en application des articles du Code de l'Action Sociale et des Familles :

- **Le livret d'accueil (DQ320)** qui donne des repères à la personne accueillie en présentant la Maison Saint Joseph et garantit l'exercice effectif des droits. C'est aussi un outil de prévention de la maltraitance incluant :
 - la charte des droits et des libertés de la personne accueillie (DQ237),
 - le règlement de fonctionnement de l'établissement (DQ390),
 - la liste des personnes qualifiées (DQ600).

- **La charte des droits et libertés de la personne accueillie (DQ237)** qui pose les principes de non-discrimination, de droit à un accompagnement adapté, de droit à l'information, du principe du consentement éclairé et du libre choix, du droit à la renonciation ; du droit au respect des liens familiaux, du droit à la protection, du droit à l'autonomie, du principe de prévention, du droit à l'exercice des droits civiques, du droit à la pratique religieuse et du respect de la dignité.
- **Le contrat de séjour (DQ027) et son DIPC (DQ098)** qui déterminent les objectifs, la nature de l'accompagnement et les détails des prestations proposées. Il comprend le projet personnalisé de soins et d'accompagnement précisant les objectifs et prestations adaptées à la personne.
- **La personne qualifiée (DQ600)** qui intervient en cas de conflit non résolu entre la personne accueillie, sa famille / entourage et l'établissement (liste fixée par le Préfet et le Président du Conseil Départemental).
- **Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)** qui est composé de représentants de l'organisme gestionnaire et la direction, de professionnels de l'établissement et l'équipe médico-sociale et de représentants des personnes accueillies, familles, proches aidants, représentants légaux... Le CVS est une instance d'expression des résidents et de leurs familles qui a pour objectif d'améliorer la vie au sein de l'institution. Il est un lieu privilégié d'information et d'expression des résidents et de leurs familles. Il s'agit d'un organisme consultatif qui donne son avis sur toutes les questions intéressant le fonctionnement (élection tous les 3 ans). Le CVS est composé de membres élus parmi les résidents, les familles et les personnels et se réunit au moins trois fois par an. La liste de ses membres est consultable au service « Qualité » et au « Secrétariat ». Les comptes rendus du CVS sont affichés sur les panneaux « vie de la Maison » présents dans toutes les différentes unités et aux entrées.
- **Le règlement de fonctionnement (DQ390)** institué par décret, il s'adresse aux personnes âgées et aux acteurs de l'établissement et définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dans le respect des droits et des libertés de chacun. A ce titre, il fixe les droits de la personne accueillie ainsi que les obligations et les devoirs inhérents au respect des règles de vie collective au sein de la structure. Conformément à ce que prévoit le Code de l'Action Sociale et des Familles dans ses articles R 311-33.
- **Le projet d'établissement (DQ656)** qui définit les droits et obligations des personnes accueillies et explicite les axes principaux de l'organisation institutionnelle.

10. Le droit à l'information et à la confidentialité

La confidentialité des données relatives à la personne accueillie est garantie dans le respect de la réglementation en vigueur. Pour ce qui concerne les traitements informatisés, cet établissement dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à usage des services.

Les informations recueillies lors de l'intervention, consultation, séjour ou prise en soins, feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique. Ces informations sont réservées à l'équipe médicale et sociale qui vous suit ainsi que pour les données administratives, au service de facturation. L'établissement est tenu d'avoir pour chaque personne un dossier médical à jour que la personne accueillie puisse consulter conformément aux articles L.311-3 du CASF et R.1111-1 et suivants du code de la Santé Publique sur demande écrite formulée de manière précise.

Les professionnels participant à la prise en soins des personnes accueillies peuvent échanger les informations nécessaires à la coordination et à la continuité des soins, à la prévention et au suivi médico-social. Tout médecin désigné par vous peut également prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier médical, au travers du médecin coordonnateur de l'établissement. Tout infirmier désigné par vous peut également prendre connaissance de votre dossier infirmier, au travers de l'infirmière coordinatrice de l'établissement. La personne prise en soins a le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives la concernant dans les conditions fixées par la loi précitée. Cependant, certaines informations sont obligatoires pour l'intervention et la prise en soins par l'établissement ou le service, et conditionnent l'admission ainsi que la continuité du séjour. 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 données autres sont protégées par le secret professionnel auquel sont tenus tous les personnels administratifs, sociaux, soignants, techniques... (DQ329).

Toute personne accueillie (qui peut être accompagnée de la personne de confiance désignée selon DQ599) ou son représentant légal, a accès, sur demande formulée de manière précise, à son dossier médical dans le respect des lois et réglementations en vigueur, des préconisations prévues par les chartes des droits et libertés de la personne et, selon le cas, dans le respect des mesures prises par l'autorité judiciaire. La communication des données peut s'effectuer avec un accompagnement psychologique ou médical approprié si nécessaire. Le dossier médical n'inclut pas les transmissions liées à la l'accompagnement et au fonctionnement de l'établissement médico-social.

11. Le droit de mourir dans la dignité

Il est écrit dans les recommandations de bonnes pratiques « Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD », que 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. Chez les personnes âgées, cette situation accentue leur vulnérabilité physique et psychologique en venant limiter leur pouvoir de décisions. La fin de vie soulève de nombreuses questions, notamment au regard du respect des droits et des libertés individuels, mais aussi de la qualité de l'accompagnement. L'appréciation de la qualité de fin de vie est éminemment subjective et les facteurs qui l'influencent peuvent être différents en fonction de la culture, des croyances, de l'histoire de vie de chacun. Les rites et croyances en lien avec la fin de vie et le décès de la personne accueillie doivent être entièrement respectés.

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 s'appuyer sur l'expertise de l'équipe HAD pour mettre en place une prise en soins, 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. La personne accueillie a la possibilité de rédiger des directives anticipées. Il s'agit d'instructions que donne par avance une personne consciente, sur la conduite à tenir au cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant une personne hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou le maintien de la vie. Le médecin coordonnateur se tient à la disposition des résidents et des familles pour évoquer ces éléments (DQ602).

Par ailleurs, courant 2024, a démarré une discussion sur l'évolution du cadre de la loi Claeys-Leonetti sur la fin de vie avec la préparation d'un projet de loi pour l'accompagnement des malades et de la fin de vie et la présentation de la stratégie nationale des soins palliatifs par la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités. Ce projet de loi répond à une demande sociétale favorable à une « aide active à mourir » toutefois strictement encadrées et à condition que soient parallèlement renforcés les soins palliatifs. Le projet de loi rénove l'approche de la prise en soins de la douleur et de la fin de vie, en intégrant la notion de soins palliatifs définie par le code de la santé publique, dans celle plus englobante de « soins d'accompagnement ». Ces soins couvrent d'autres soins que les soins palliatifs (prise en charge nutritionnelle, accompagnement psychologique, musicothérapie, massage...) et plus globalement toutes les mesures mis en œuvre pour répondre aux besoins des malades et de leurs proches aidants. Le second volet du projet de loi concerne l'aide à mourir. Elle consistera à autoriser et à accompagner la mise à disposition à une personne qui le demande d'une substance létale, pour qu'elle se l'administre elle-même ou, si elle n'en est pas capable, se la fasse administrer par un médecin, un infirmier, un proche ou une personne volontaire de son choix.

Toutes ses nouvelles dimensions du droit de mourir dans la dignité devront être étudiées dans les propositions d'accompagnement de nos personnes accueillies.

IV – La prévention de la maltraitance

Selon l'article L119-1 du code de l'action sociale et des familles, la maltraitance avise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.

La maltraitance des personnes âgées et des adultes en situation de handicap peut donc prendre des formes multiples et souvent associées (maltraitance physique, maltraitance sexuelle, maltraitance psychologique, maltraitance financière...). La maltraitance s'entend alors de toutes formes de violences et de négligences, notamment physiques, morales et psychologiques, médicamenteuses, financières, négligences active ou passive. Elle peut être réalisée par inadvertance ou intentionnellement. La maltraitance cause toujours un tort ou une blessure et constitue une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne.

Faute de temps, de moyens ou de formation, l'accompagnement des personnes âgées dépendantes peut malheureusement basculer facilement dans la maltraitance ordinaire. La notion de bientraitance a pour but d'éviter ce basculement en entretenant une culture du respect des besoins de la personne dans les métiers de services, d'aides et de soins à domicile ou en établissement. Être bien-traitant, c'est notamment remettre en cause certains automatismes de métier afin de personnaliser la prise en soins des personnes dépendantes. Non seulement l'écoute, mais aussi la recherche volontaire de l'avis de la personne prise en soins sont des attitudes clefs de bientraitance. Elles impliquent d'être aussi particulièrement attentif à la communication non-verbale (regard, gestes, posture).

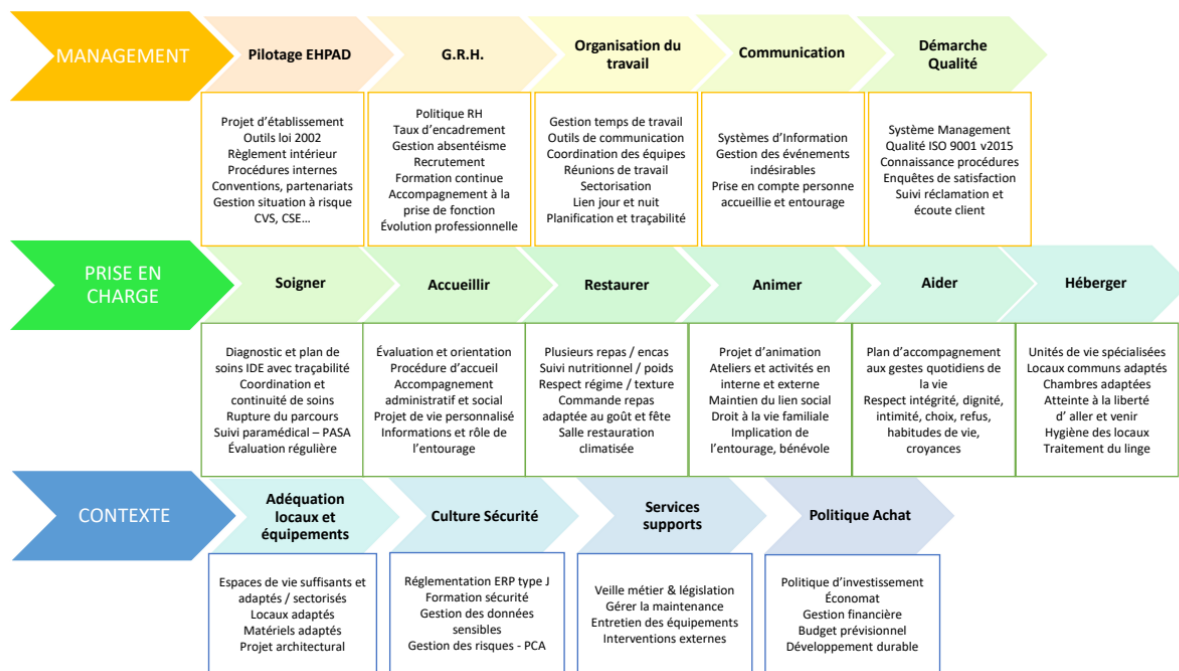
Ainsi, la bientraitance en institution implique de garantir le respect de la personne accueillie, en prenant en compte ses besoins, ses attentes, ses choix et ses droits, tout en favorisant une prise en soins globale et adaptée à sa situation. Le respect, la non-malfaisance, la bienveillance, l'autonomie et la continuité de la prise en soins constituent une base essentielle pour assurer une prise en soins de qualité et respectueuse des personnes accueillies.

1. Le repérage des risques

Après analyse avec les professionnels et de la cartographie des processus qualité, l'EHPAD a défini 3 grandes familles de risque et a établi une liste de situation à risque (cf. DQ641) avec une échelle de cotation de la fréquence et de la gravité du risque ainsi qu'un plan d'actions préventives à mettre en œuvre pour atténuer ces risques et travailler dans une attitude bien-traitante :

- les risques liés au pilotage de l'établissement – MANAGEMENT ;
- les risques liés à la prise en soins et à l'accompagnement – PECA ;
- les risques liés à l'environnement de travail – CONTEXTE.

Cette cartographie est débattue chaque année et les actions de prévention définies sont analysées et catégorisées pour en évaluer le niveau de suivi.



2. Le signalement et son traitement

Chacune des personnes présentes dans l'établissement peut être témoin ou victime d'un acte de maltraitance. Il convient de le signaler immédiatement. En fonction de l'urgence et de la gravité de la situation, il existe plusieurs solutions pour signaler un fait de maltraitance :

- **En maison de retraite** : Si vous constatez une situation de maltraitance en maison de retraite de la part d'un professionnel sur un résident, vous pouvez aussi le signaler directement à sa hiérarchie ou à la direction (FI406 & DQ329) ou déposer une réclamation auprès du service qualité si vous n'êtes pas tout à fait sûre mais voulez signaler la situation.
- **Vous pouvez aussi appeler le 3977** ou signalez les faits par écrit sur le site <https://3977.org/>
La plate-forme nationale d'écoute dédiée aux personnes âgées et aux adultes victimes de maltraitance dispose d'un réseau d'écoute de proximité. Un écoutant formé recueillera votre présentation de la situation et vous conseillera sur les démarches à entreprendre.
- Au besoin, selon la gravité ou sans réponse de la Direction, vous pouvez contacter l'ARS (agence régionale de santé) et/ou le Conseil Départemental ; voire faire un signalement au Procureur et aux services de Police ou Gendarmerie.

Tout signalement devra être rapidement analysé par la Direction et d'autres personnels de l'EHPAD (la pluridisciplinarité étant indispensable pour comprendre la situation dans son ensemble) avant toute décision sur les conséquences tant pour l'auteur présumé que pour la victime. L'analyse de la situation permettra aussi de faire évoluer la démarche prévention du risque. Un bilan sera réalisé chaque année pour analyser les éventuelles situations de maltraitance survenues et communiqué lors d'une réunion du Conseil de la Vie Sociale.

3. Les actions de prévention

La prévention des situations de maltraitance passe d'abord par l'information des personnes accueillies et de leur entourage et le respect des droits des usagers. La charte de la bientraitance est affichée sur tous les panneaux « direction » de l'établissement et remise avec le livret d'accueil.

Les personnels de l'EHPAD sont formés lors de la journée d'intégration puis sensibilisés autant que nécessaire lors des diverses réunions avec l'encadrement (IDEC, PSYCHO, RH...). L'intranet qualité met aussi à la disposition des salariés le guide bientraitance DQ640, les recommandations de bonnes pratiques DQ504 ainsi qu'un document imagé de sensibilisation aux situations de maltraitance (DQ574).

La commission pluridisciplinaire de l'EHPAD regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux personnes accueillies la meilleure prise en soins en fonction des données de santé et d'accompagnement dont elle dispose. C'est aussi un lieu de réflexion éthique visant à faciliter une prise de décision « juste », dans une situation donnée à un moment donné en analysant les données «bénéfice /risque » pour apporter une réponse collégiale et concertée à une situation précise et évolutive qui pourrait être instigatrice de maltraitance.

4. L'autorité extérieure indépendante

La loi du 7 février 2022 contient plusieurs dispositions visant à lutter contre la maltraitance dans le secteur social et médico-social. En plus d'inscrire dans le code de l'acune définition de la maltraitance, elle prévoit la désignation, dans les ESSMS, d'une autorité extérieure à laquelle les usagers pourront faire appel en cas de difficulté.

Indépendante du Conseil Départemental, cette « autorité » devra être choisie parmi une liste arrêtée conjointement par le président du conseil départemental, le préfet de département et l'agence régionale de santé (ARS). Elle pourra « visiter l'établissement à tout moment ».

NB/ Nous restons toutefois en attente à ce jour du décret établissant ladite liste.

V - Un accompagnement personnalisé

Le projet personnalisé vient prioritairement renforcer le droit de participation de la personne accueillie (et/ou de son représentant légal selon les situations) à l'élaboration de son projet d'accompagnement. La prise en compte des attentes et des besoins de la personne dans la démarche du projet personnalisé est un préalable à l'accompagnement en EHPAD où dans la majorité des situations, les personnes accueillies sont en situation de vulnérabilité. Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet personnalisé et cette « singularité » vient s'ajouter aux prestations socles prévues par la loi.

1. Procédure d'admission



A / La pré-admission

Le dossier de demande d'admission en EHPAD est obligatoirement déposé sur le portail ViaTrajectoire www.viatrajectoire.fr. C'est une plateforme gratuite et sécurisée d'orientation et de mise en relation des personnes handicapées et / ou âgées dépendantes à la recherche d'une structure d'accueil. Elle se présente sous la forme d'un annuaire des établissements et services médico-sociaux. Cette plateforme en ligne, permet de faire une ou plusieurs demandes d'admission en EHPAD. Pour faire une demande, il faut au préalable créer son dossier dans l'espace Particulier et suivre la démarche en ligne qui comprend des informations administratives et un cerfa médical (formulaire 14732*03) du médecin traitant. Un rendez-vous sera ensuite programmé avec l'équipe admission de l'EHPAD et la famille / entourage et la personne à accueillir.

Lors de cette étape de pré-admission, s'effectuera la remise des documents, la visite de l'établissement et présentation des personnels de l'unité d'accueil et la recherche du consentement éclairé.

B / L'admission en EHPAD

L'admission 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 au regard du profil de la personne.

Une procédure d'admission a été établie :

- L'entrée se fait entre 14h et 16h00, de préférence du lundi au jeudi ;
- Le personnel d'après-midi accueille la personne ;
- Un affichage est également mis en place dans le bureau des soignants ainsi que 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 celui-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.

2. La prestation socle d'hébergement en EHPAD

L'établissement délivre **le socle de prestations minimales d'hébergement** (article L 314-2 CASF) conformément aux décrets 2015-1868 du 30 décembre 2015 et du 2022-734 du 28 avril 2022.

A/ Prestations d'administration générale :

- Gestion administrative de l'ensemble du séjour
- Élaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants
- Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun

B/ Prestations d'accueil hôtelier :

- Mise à disposition d'un logement et accès aux locaux collectifs
- Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes
- Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) dans l'établissement
- Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD
- Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour
- Entretien et nettoyage des parties communes et des locaux collectifs
- Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts
- Mise à disposition dans la chambre des connectiques pour recevoir la télévision et téléphone
- Accès aux moyens de communication (TV, journaux, Internet...) dans les espaces communs de l'établissement et fourniture internet wifi accessible dans les chambres.

C/ Prestations de restauration :

- Accès à un service de restauration
- Fourniture de trois repas (adaptés selon régime), d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne

D/ Prestations de blanchissage :

- Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien
- Marquage et entretien du linge personnel (hors linge délicat)

E/ Prestations d'animation de la vie sociale :

- Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'établissement
- Organisation des activités extérieures

F/ Accompagnement et aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie :

En lien avec son projet personnalisé, la personne accueillie bénéficie d'une aide aux gestes quotidiens de la vie (laver/coucher, repas, toilette/douche, incontinence, habillage /déshabillage) ainsi qu'aux déplacements internes et aux éventuelles démarches administratives.

G/ Autres prestations :

L'établissement propose également des prestations complémentaires, facultatives, dont pourra bénéficier la personne accueillie si elle le souhaite, en contrepartie d'un supplément au tarif socle qui fera l'objet d'un avenant (souscription ou renonciation) au contrat de séjour. Ces prestations concernent notamment la téléphonie ou tout autre besoin spécifique à étudier avec la direction.

Les prestations de coiffure, pédicurie, podologie, esthétiques, autres... sont assurées par des prestataires externes choisis par la personne accueillie qui doivent être précisés dans le document individuel de prise en charge DQ98. Ces prestataires externes fixent eux-mêmes leurs tarifs et modalités de règlement.

3. Modalités d'élaboration et de révision du projet personnalisé

Le projet personnalisé favorise le bien-être et l'autonomie de la personne dans un contexte d'accompagnement singulier et global, en lien avec sa prise en soins 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 des actions de prévention nécessaires à sa prise en soins. Afin que l'accompagnement individuel proposé par l'ensemble des professionnels soit cohérent, le projet personnalisé est élaboré et révisé en plusieurs étapes.

A / Le recueil des informations

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 (carte d'identité, carte vitale, mutuelle...) ;
- 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, formalisé lors de la visite de pré accueil.
- Les évaluations standards sont réalisées par le personnel habilité dans le mois suivant l'entrée pour ajuster le plan de soins et d'accompagnement aux gestes quotidiens pré-établis lors de l'admission. La détermination du GIR est également réalisée.

B / L'élaboration et la révision du projet personnalisé

Le *projet personnalisé* est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie. Ainsi, à l'issue du recueil des différentes informations ci-dessus et de l'étude des transmissions « soins » et « animation » relatives à la personne accueillie et, dans le cadre d'une démarche bien-traitante, le projet personnalisé est alors 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.

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 soins 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. **Il se traduit ensuite en tâches dans le logiciel de soins (Netsoins).**

L'accompagnement évoluant tout au long de son séjour, le plan de soins et d'accompagnement ainsi que le niveau de dépendance ne sont pas figés et font l'objet d'une ré-évaluation au moins annuelle (DQ491) avec la même méthodologie. Cette évaluation est ensuite soumise à l'analyse de la commission pluridisciplinaire & éthique. Elle est traduite dans le DQ098 Document Individuel de Prise en Charge (DIPC - annexe 1 du contrat de séjour) et permet d'ajuster l'accompagnement.

4. Nos particularités : Hébergement Temporaire et PASA

A / 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'EHPAD dispose, depuis 2012, de cinq places d'hébergement temporaire intégrée dans l'établissement dont 1 place au sein de l'unité « Alzheimer ». Les places d'hébergement temporaire bénéficient d'un accompagnement spécifique qui répond à un projet de service particulier (DQ535).

L'hébergement temporaire répond principalement 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.

B / Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés PASA

Depuis 2019, l'EHPAD dispose d'un accueil en pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), plus spécifiquement pour les personnes présentant des troubles cognitifs diagnostiqués.

Le PASA propose, par petit groupe sur des activités spécifiques à visée thérapeutique, une réponse personnalisée, une organisation adaptable dans un environnement adapté pour améliorer l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative. Cet accompagnement est réalisé dans des locaux dédiés en Rdc du bâtiment principal avec un accès extérieur sécurisé et du personnel spécialement formé ASG « assistant de soins en gérontologie ». Il fait l'objet d'un projet de service spécifique DQ 585 et propose par journée ou demi-journée, l'accueil de maximum 14 personnes résidentes de l'EHPAD sur un accompagnement plus personnalisé.

Le PASA proposent des activités individuelles ou collectives dont la programmation a été élaborée par un personnel paramédical (ergothérapeute, psychomotricien, intervenant APA) et/ou psychologue, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Il a pour objectif d'offrir un accompagnement spécifique et personnalisé en fonction des besoins des résidents, notamment pour faire diminuer les manifestations des troubles de l'humeur et du comportement. Certaines activités sont proposées pour améliorer le bien-être et maintenir du lien social, d'autres pour travailler sur les capacités fonctionnelles, cognitives, sensorielles et sur les troubles du comportement.

5. Le plan de soins et sa coordination

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 son médecin 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.

A / Les soins médicaux et leur coordination

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...

Un médecin coordonnateur est présent dans l'établissement, son rôle est défini par le Décret N° 2005-1135 du 7 septembre 2005 et l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles. Il élabore avec le concours de l'équipe soignante, 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 gérontologiques 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.

L'infirmière coordinatrice assure la coordination de la prise en soins des personnes accueillies. Sous la hiérarchie de la direction d'établissement et en collaboration avec le médecin coordonnateur, 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 participe au Conseil de Vie Sociale (CVS).

B / Les soins infirmiers

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.

Le personnel infirmier a pour mission de :

- Assurer la prise en soins globale de la personne accueillie, son accompagnement au quotidien ainsi que celui de son entourage dans un souci d'éducation à la santé ;
- Évaluer l'état de santé (recueil des données cliniques) d'une personne pour concevoir, définir et planifier des projets de soins personnalisés ;
- Participer à l'évaluation et l'amélioration de la santé des personnes accueillies, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, les médecins et les intervenants externes ;
- Établir le diagnostic infirmier de la personne accueillie en collaboration avec un médecin ;
- Dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé ;
- Prodiguer les soins techniques et traitements médicamenteux prescrits par le médecin ;
- Coordination et organisation des activités et des soins (auprès des professionnels externes comme des équipes soignantes des unités de vie) ;
- Accompagner la fin de vie ;
- Assurer la traçabilité de ses actes et la gestion du dossier médicalisé ;
- Contrôler les dispositifs médicaux et autres matériels utilisés.

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. L'absence de personnel infirmier la nuit rend impossible la réalisation de certains actes médicaux notamment lors des retours d'hospitalisations qui ne pourront intervenir si de tels soins sont nécessaires.

C / La commission de coordination gériatrique CCG

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 et un membre du CVS, 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.

La CCG propose de réfléchir en équipe pluridisciplinaire sur les thèmes suivants :

- le projet de soins de l'établissement et sa mise en œuvre ;
- la politique du médicament ;
- le contenu du dossier type de soins ;
- le rapport annuel d'activité médicale de l'établissement (RAMA) ;
- le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation des professionnels de santé ;
- l'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales et les structures ambulatoires du secteur au titre de la continuité des soins ;
- la promotion des bonnes pratiques gériatriques ;
- le partenariat avec les structures sanitaires et ou médico-sociales.

6. Le projet d'accompagnement et de vie

Dans la limite des moyens alloués à l'établissement et des contraintes de la vie en collectivité, sur la base du choix des pratiques validées dans le projet d'établissement et en référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement individualisé tout au long de leur séjour. Cet accompagnement se traduit par l'élaboration d'un projet personnalisé révisable, en adéquation avec le projet de vie de la personne, son degré d'autonomie et son état de santé. Les prestations fournies sont ainsi évolutives, adaptées à chacune des situations et mises en place avec la personne concernée, son représentant légal le cas échéant, la personne de confiance et/ou le référent familial et le personnel soignant de l'établissement. Le plan individualisé d'aide aux gestes quotidiens de la vie est une partie du plan de soins infirmier. Il est construit par l'équipe infirmière et l'équipe de l'unité de vie en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.

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** = il est proposé aux personnes accueillies qui en ont besoin, une aide à l'habillage et à la toilette. La fréquence et la nature de l'aide sont fixées par l'infirmière selon l'état de santé de la personne, et des moyens disponibles (toilette quotidienne, douche à la quinzaine). L'établissement exige une tenue correcte et une hygiène corporelle convenable. Cet accompagnement comprend une aide à la mobilisation, à la toilette, au rasage, au coiffage et à l'habillage selon besoin de la personne accueillie et selon son plan de soins ;
- **Aide à la mobilisation** = l'aide à la mobilisation pour des raisons d'élimination (miction impérieuse, énurésie...) est proposée au moins trois fois par jour, au moment de la toilette, en début d'après-midi et lors du coucher ou selon plan de soins ;
- **Aide au transfert / mobilité** = l'aide au transfert aux activités d'animation et pour se rendre en salle à manger ... est réalisée chaque jour selon plan de soins ;
- **Aide au repas** = Elle est réalisée, dans les lieux de vie des unités, par le personnel de service. Les familles peuvent participer à ce moment important de la journée. En cas de refus de l'aide à la prise alimentaire, le personnel respecte ce choix essentiel, mais garde une trace écrite.
- **La gestion de l'incontinence et l'aide à la prise des médicaments** sont traitées dans le cadre de la prise en soins médicale et selon plan de soins.

Il contient également un volet sur le **projet de vie de la personne accueillie** qui est l'expression de la projection dans l'avenir de la personne accueillie et la formalisation de ses aspirations et de ses choix. Il permet à la personne d'exprimer ses besoins, ses attentes et ses difficultés. Ce projet est ensuite formalisé dans le DQ098 qui est adressé à la personne référente.

7. Le soutien psychologique

Une géronto-psychologue est présente dans l'établissement. 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 soins 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.

Ce poste a pour mission de :

- Accueillir les nouveaux résidents et les accompagner le temps de leur adaptation ; l'entrée en institution étant souvent synonyme de rupture ;
- Soutenir individuellement la personne âgée lors de difficultés ponctuelles ou non, par des entretiens ou des stimulations visant à restaurer l'estime de soi ;
- Évaluer par des bilans les fonctions supérieures de certains résidents afin d'aider au diagnostic et à la différenciation des psychopathologies ;
- Animer des ateliers thérapeutiques tels que des groupes de parole ou ateliers mémoire dans le but de maintenir les capacités intellectuelles et un lien social par l'intermédiaire du groupe ;
- Accompagner la fin de vie en apportant le soutien nécessaire à la personne et son entourage.

La géronto-psychologue travaille également avec les familles, ses missions sont :

- Être un médiateur dans la relation triangulaire : Personne âgée – Famille – Personnel soignant.
- Accueillir, écouter et informer la famille / entourage à propos des questions qu'elle se pose sur le bien-être ou la pathologie de son parent.
- Accompagner les équipes lors de la prise en soins de certaines pathologies.

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.

8. La prévention de la perte d'autonomie

La prévention de la perte d'autonomie représente un ensemble d'actions visant à anticiper et accompagner les effets du vieillissement et se traduit dans le cadre d'une approche globale dont le but est d'influencer positivement le quotidien des personnes, de susciter leur participation aux pratiques préventives et de s'ancrer au niveau des territoires en terme de politiques publiques. Ainsi, la prévention de la perte d'autonomie fait l'objet d'une intervention publique depuis le début des années 2000. Les propositions exposées dans ce présent document s'appuient sur ces travaux, notamment le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (2015) et la feuille de route Grand âge et autonomie (2018). Les thématiques telles que la nutrition, l'activité physique, la prévention des chutes par exemple, demeurent des actions prioritaires qu'il convient de renforcer à l'aune de l'investissement de l'ensemble des acteurs impliqués dans ce domaine. De plus, le système de santé doit pleinement intégrer la prévention dans son champ d'intervention.

La prévention de la perte d'autonomie est une notion qui s'est élargie depuis 2003 pour adopter une approche de plus en plus globale de la personne. Cette démarche est à conforter en intégrant une place plus importante à la considération faite aux attentes, aux désirs, aux centres d'intérêt des personnes et à la valorisation de leurs compétences. Les personnes âgées doivent être prises en considération sous l'angle de leurs capacités plutôt que de leurs incapacités. Aujourd'hui, la population âgée fait état d'un sentiment « d'être dans l'attente » (vis-à-vis des autres, de ses proches, des services publics) mais aussi parfois d'inutilité. Celui-ci concourt au développement du stress, aux situations de déprime et d'isolement social. Leur inclusion sociale doit être considérée comme un impératif national à tous les stades de l'avancée en âge : du « sénior » en entreprise aux plus « aînés » de la société en passant aussi par l'inclusion numérique.

A / Le programme ICOPE

La prévention de la dépendance des personnes âgées est un défi majeur pour notre société et une priorité pour l'ARS en Occitanie.

Développé par l'OMS, le programme ICOPE « Integrated Care for Older PEople » a pour objectif de retarder la dépendance en repérant précocement les facteurs de fragilité chez les séniors. Il vise aussi à les inciter à devenir acteur de leur santé. La démarche déployée depuis 2019 avec le Gérontopôle du CHU de Toulouse, va être progressivement étendue et expérimentée dans toute notre région.

ICOPE est un programme numérique inédit de santé publique et de soins intégrés qui permet d'expérimenter une nouvelle approche préventive des soins en ciblant les capacités fonctionnelles et se décline en 5 étapes : Évaluation - Plan de soin personnalisé - Fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention - Implication des collectivités et soutien aux aidants. A partir de tests simples et ludiques une évaluation des 6 fonctions essentielles (locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition et vision) est réalisée en auto-évaluation ou par un professionnel spécifiquement formé avec l'appui d'outils numériques.

Si une fragilité est repérée, une évaluation approfondie est réalisée et un suivi personnalisé est mis en place. L'accompagnement proposé permet à la personne de s'impliquer activement dans le renforcement ou la préservation de ses capacités.

Plutôt orienté sur les personnes de plus de 60 ans, autonomes et vivant à domicile, ce repérage des fragilités peut être expérimenté au sein de l'EHPAD par notre infirmière coordinatrice formée pour aider au repérage des fragilités des personnes âgées et notamment des aidants, famille / entourage de nos personnes accueillies.

B / Une activité physique et sportive adaptée

L'activité physique et sportive (APS) entraîne de nombreux bienfaits sur la santé physique et mentale. Elle contribue :

- à la prévention de la perte d'autonomie ;
- à la prévention et à la prise en soins des maladies chroniques (comme le diabète, les cancers, les pathologies cardiovasculaires, etc.), des risques de chute, des troubles cognitifs et des syndromes de dépression ou d'anxiété ;
- à améliorer l'équilibre, la musculation, le sommeil, les fonctions cognitives et physiques, la confiance en soi et en ses capacités. Enfin, l'APS est un vecteur de convivialité.

Un référent APS est nommé au sein de l'EHPAD et chargé de promouvoir et de développer l'activité physique et sportive de manière adaptée à nos personnes accueillies.

En effet, la pratique régulière d'une activité physique permet d'entretenir sa condition physique, de garder une tonicité musculaire, de la souplesse et l'équilibre. Elle permet de prévenir les maladies cardiovasculaires et le diabète, certains cancers, l'ostéoporose et les fractures, et contribue au bien-être mental. L'activité physique régulière a également un rôle protecteur et thérapeutique sur les troubles cognitifs et la dépression.

Avec l'âge, augmente le risque d'apparition d'une sarcopénie (diminution de la masse musculaire, de la force musculaire, et une baisse des performances physiques), ce qui accentue le risque de chutes et de perte d'autonomie. Un bon état nutritionnel et une activité physique régulière permettent de prévenir cet état et ses complications. Pratiquer une activité physique adaptée est donc recommandé pour maintenir son autonomie.

Il s'agit ici de continuer à pratiquer une activité physique douce, telle que la gymnastique, la marche, le vélo d'appartement, atelier équilibre... afin de conserver son capital musculaire, sans léser ses articulations, d'améliorer son équilibre et de prévenir les chutes. L'activité physique adaptée est la pratique de mouvements corporels dans le cadre notamment d'exercices programmés par un professionnel qui adapte le programme à la pathologie, à l'état de santé, à la condition physique et aux risques de la personne. L'activité physique adaptée n'est pas de la rééducation.

L'EHPAD dispose d'un personnel diplômé en « activités physiques adaptés » (APA) pour réaliser des séances spécifiques sur prescription de la commission pluridisciplinaire et/ou du médecin traitant ainsi que de personnel paramédical. Après évaluation, cela se traduira par la mise en place d'un plan personnalisé d'activité physique adaptée.

C / Une stimulation cognitive

Pour ralentir l'accroissement d'une perte d'autonomie physique, psychique ou encore sociale, il est important de stimuler les personnes âgées à l'aide d'exercices, de jeux ou encore de simples activités permettant de faire travailler le cerveau et de conserver une autonomie et ses fonctions cognitives.

A ce titre, sont mises en place des ateliers de stimulation cognitive en petit groupe ou en individuel par le personnel animation, mais aussi les psychologues de l'EHPAD plus particulièrement pour les personnes atteintes de maladie neurodégénératives. La stimulation cognitive passe aussi par toutes les activités ludiques ou autres (conversations, repas en groupe, visite...) qui permettent de créer **du lien social** et passe aussi par **l'utilisation des outils numériques** (tablette, smartphone...) comme cela a pu être testé lors de la crise sanitaire.

D / Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

Le PASA propose durant la journée des activités individuelles ou collectives 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. La finalité de cet accompagnement est d'améliorer les troubles du comportement modérés, associés à un syndrome démentiel, par un accueil et des activités thérapeutiques individuelles et collectives adaptées. Un personnel dédié et formé Assistant de Soins en Gériatrie (ASG) y intervient en complémentarité du personnel paramédical ou psychologue détaché pour les activités thérapeutiques.

9. Les activités occupationnelles

La Maison Saint Joseph propose avec prise en compte des transferts, si nécessaire ou directement au sein de l'unité de vie :

- l'accès à des activités adaptées en petit groupe (à visée thérapeutique),
- l'accès aux animations collectives organisées dans l'enceinte de l'établissement,
- la mise en place d'activités intergénérationnelles et éventuellement de médiation animale,
- l'organisation des activités extérieures,
- un accueil au pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) plus spécifiquement pour les personnes présentant des troubles cognitifs diagnostiqués par petit groupe sur une activité spécifique à visée thérapeutique.

Des activités socio-culturelles sont régulièrement organisées. Certaines animations peuvent être exceptionnellement proposées avec éventuellement une demande de participation financière (sortie au restaurant, court séjour par exemple). Les activités sont offertes selon l'état de santé de la personne accueillie, sa culture, ses désirs. Cette offre individualisée est en lien avec le projet de vie et le projet personnalisé d'accompagnement et de soins. Toutes les animations sont assurées par du personnel qualifié et le processus est piloté par la géronto-psychologue. Des bénévoles interviennent également.

Ces activités sont annoncées par voie d’affichage dans les halls d’accueils, ainsi que dans les unités de vie et site internet. Une commission « animation » existe et est ouverte aux résidents, familles et bénévoles.

Pour sa communication interne et externe, la Maison Saint Joseph peut être amenée à utiliser l'image de la personne (résidents, salariés, visiteurs, bénévoles) au moment de sa présence sur l'EHPAD ou lors d'activités, et cela pour tout type de support (Gazette, site internet, dépliant...).

Par son entrée dans l'établissement, chacun autorise l'association à utiliser ce droit à l'image, sous réserve que cette utilisation respecte l'objet de l'association, la mission d'intérêt général et la dignité de chacun. Toutefois, chacun peut s'opposer à cette autorisation tacite en informant la direction par écrit, à tout moment.

VI - La prise en soins médicale, paramédicale et autres

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.

1. Le parcours de soins à l'EHPAD

L’objectif opérationnel est de pratiquer des soins techniques avec une prise en soins 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 soins 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 mutualisé sous pilotage de l’hôpital pivot HPA.

A/ La commission pluridisciplinaire et éthique

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 soins 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...).

Cette commission se réunit hebdomadairement (sous respect du secret professionnel et/ou secret partagé selon le professionnel de santé présent) et traçabilité des décisions prise en séance et comprend :

- une compétence médicale,
- une compétence infirmière,
- une compétence psychologique,
- le recueil des données d'évaluation de la personne suivie et les données de traçabilité de son accompagnement au quotidien (présence d'un soignant de l'unité d'accueil au besoin),
- une compétence paramédicale (si besoin),
- une compétence administrative et/ou sociale (si 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. Aussi le professionnel faisant face à une situation singulière dans laquelle entrent des conflits de valeurs doit-il pouvoir s'appuyer sur une réflexion collective mise en place par la structure pour étayer son positionnement.

L'éthique est différente du droit qui est un ensemble de règles, de la morale qui se fonde sur une définition personnelle du bien et du mal et de la déontologie qui est l'ensemble des règles d'exercice d'une profession déterminée. La réflexion éthique émerge d'un questionnement pouvant venir des professionnels, des personnes accompagnées ou de leur entourage.

Au plan institutionnel, il s'agit d'une réflexion collective associant une pluralité de points de vue (personne accueillie, proches, professionnels, personnes ressources...) déclenchée par des situations concrètes singulières où entrent en contradiction des valeurs ou des principes d'intervention et/ou des pratiques professionnelles.

La réflexion éthique vise à faciliter une prise de décision « juste », dans une situation donnée à un moment donné en analysant les données « bénéfice/risque » pour apporter une réponse collégiale et concertée à une situation précise et évolutive.

B/ Le suivi du dossier de soins et la confidentialité des données

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 soins. 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 entre les personnels soignants internes et les professionnels de santé externes à l'établissement.

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.**

L'accès au dossier médical peut être demandé auprès de l'EHPAD par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès de cette personne, le tuteur ou le médecin désigné comme intermédiaire. Seule la personne accueillie peut en demander l'accès, éventuellement accompagnée, si elle le souhaite, de sa personne de confiance (valablement désignée auprès de votre EHPAD). Par ailleurs, les transmissions NETSOINS ne sont pas constitutifs du dossier médical mais relèvent du fonctionnement de l'EHPAD et du transfert d'informations entre soignants.

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. Au sein de l'EHPAD, l'information est transmise, sous différentes formes, d'une part, à l'oral et, d'autre part, à l'écrit, par le biais du logiciel de soins comprenant les transmissions et une boîte mail professionnelle. Les personnes ont accès à des ordinateurs fixes et/ou portables pour réaliser leur transmissions à différents moments de la journée.

Des transmissions orales ont lieu entre les différentes équipes jour / nuit tous les jours le soir et la matin à la prise de poste. **Chaque personnel doit prendre connaissance des transmissions lors de sa prise de poste** et un temps de transmission orale en équipe est privilégié dans la matinée (10h30/11h) au sein de chaque unité de vie. Pendant le temps de service, les professionnels sont tenus de transmettre toutes les observations pertinentes concernant les résidents, dont ils se sont occupés ou qu'ils ont observés en dehors des soins courants, inscrits sur le plan de soins et peuvent contacter le service IDE pour obtenir une conduite à tenir.

Chaque semaine, un temps de transmission spécifique pour analyser les prises en charge est réalisé avec un personnel IDE et la psychologue. Les éléments recueillis sont discutés en équipe pour adapter la prise en soins et les décisions prises sont inscrites dans le dossier médical informatisé. Par ailleurs, toutes les informations recueillies font l'objet d'une sécurisation numérique.

C/ La sécurisation des données – Numérique en santé & Cybersécurité

Le Ségur du Numérique en Santé est un investissement historique de l'Etat au service de la numérisation du parcours de soins. Il a pour objectif de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels de santé et avec l'utilisateur pour mieux prévenir et mieux soigner. Afin d'accélérer cette transformation, l'Etat a mis en place un dispositif de financement spécifiquement dédié à la mise à jour des systèmes d'information de santé. Le dispositif Système Ouvert et Non Sélectif (SONS) permet la modernisation et la sécurisation du logiciel métiers afin qu'ils soient compatibles et intègrent les exigences portées par le Ségur du numérique. 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.

D/ Le circuit du médicament

La gestion du traitement est obligatoirement prise en soins par l'établissement afin de permettre un suivi de l'état de santé de la personne accueillie. Le médecin traitant, choisi par la personne accueillie, assure les prescriptions médicales qu'il transmet au service infirmier. Les prescriptions sont saisies informatiquement par les médecins via le logiciel NETSOINS, sauf exceptions et les IDE accompagnent certains médecins libéraux à la saisie informatisée de leur prescription.

La procédure qualité PROCD308 explique le circuit du médicament :

- ✓ FI309 mise à jour du traitement suite à une ordonnance
- ✓ FI310 réception des médicaments
- ✓ FI298 préparation des piluliers
- ✓ FI305 distribution des médicaments
- ✓ DQ304 composition du chariot à médicament

L'EHPAD effectue le suivi des ordonnances et la préparation des piluliers en lien avec une pharmacie dédiée : la pharmacie du centre à Mazamet se trouvant à proximité de l'EHPAD pour pouvoir assurer une livraison rapide des traitements en cas de modification. La personne accueillie conserve toutefois le libre choix de sa pharmacie mais il est alors tenu de se procurer les prescriptions, d'en donner copie au service infirmier, de récupérer les médicaments, de les donner au service infirmier.

La distribution des médicaments est assurée, conformément à la réglementation, par du personnel soignant ou non soignant spécifiquement formé, selon les directives éventuelles de l'infirmière (précautions, préparations particulières, surveillance, et horaires...). La personne accueillie peut tout à fait refuser ses médicaments, ou un soin. Le personnel respecte ce choix essentiel, mais garde une trace écrite de l'événement et en assure la transmission au médecin. La distribution se fait en salle à manger lors du déjeuner et du dîner par l'IDE. Pour les personnes en plateaux (repas en chambre et petits déjeuners), la distribution est effectuée par les AS/ASH sous la responsabilité de l'IDE, les traitements sont nominatifs et les piluliers font l'objet d'une double procédure lors de leur préparation ainsi que d'une procédure de vérification visuelle avant distribution.

2. Les protocoles de prise en soins

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).

A/ Prise en soins particulières

→ Troubles du diabète :

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par la présence d'un excès de sucre dans le sang appelé hyperglycémie. Le taux de glycémie est régulièrement suivi plusieurs fois par jour et son résultat analysé pour adapter le traitement ainsi que l'activité et l'alimentation de la journée.

→ Troubles du sommeil :

Au fil de la vie, le sommeil se modifie : vieillir s'accompagne d'une évolution physiologique qui change l'organisation temporelle et la qualité du sommeil. La personne âgée dort moins la nuit, son sommeil est fractionné, parfois avec plusieurs siestes dans la journée, et se répartit donc différemment sur l'ensemble des 24 heures. Chez beaucoup de personnes, cela induit un sentiment de « mal dormir », ce ressenti les poussant à se plaindre d'insomnie sans que cela en soit réellement une. Devant une personne se plaignant d'insomnie, le problème doit être analysé de manière pluridisciplinaire et en fonction de l'histoire personnelle, de l'environnement, de la pathologie et de la médication. Le recours à la médication doit être strictement encadré et non systématique.

→ Troubles du transit : constipation / diarrhée

La constipation est fréquemment retrouvée chez le sujet âgé, avec une prévalence importante en EHPAD. La diminution de la mobilité en lien avec l'avancée en âge y contribue.

Elle se définit par une diminution de la fréquence des selles (≤ 3 selles/semaine) associée à une difficulté pour les évacuer (constipation passagère ou constipation chronique). L'EHPAD procède à un relevé des selles et leur absence est analysée pour conduite à tenir (mesures hygiéno-diététiques ou médication).

→ **Troubles de la déglutition et prévention des fausses routes**

La difficulté à avaler n'indique pas nécessairement une maladie sous-jacente. Elle peut survenir en cas de grandes bouchées de nourriture, de mastication insuffisante, de sécheresse de la bouche, de prise de cachets... Ces troubles de la déglutition peuvent rendre pénible la prise du repas et peuvent être la cause d'une perte d'appétit et d'une diminution de la consommation alimentaire notamment pour les personnes âgées. Une adaptation de la texture des repas est alors proposée sur avis médical (texture mixée, moulinée ou hachée). De même, les boissons peuvent être adaptées avec un épaississement des liquides et le recours notamment à l'eau gélifiée et aux céréales en poudre. L'EHPAD a aussi recours à la stimulation par le pétillant en proposant de l'eau gazeuse.

→ **Prévenir la santé bucco-dentaire**

L'hôpital pivot HPA peut mettre en place des consultations bucco-dentaire sur site pour les personnes ne pouvant se rendre chez le dentiste. Un suivi bucco-dentaire est réalisé par les équipes soignantes.

B/ Gestion de l'incontinence

L'appréciation de la continence, ou de l'incontinence, de chaque personne accueillie est inscrite dans son projet personnalisé. La surveillance du transit peut être planifiée dans le plan de soins.

Les protections sont adaptées et ciblées selon les besoins de la personne. Des évaluations d'utilisation des protections sont faites avec notre fournisseur tous les ans.

Les produits pour incontinence (changes, alèses, protections) sont compris dans le prix de journée dépendance. La fréquence des changes est fixée par l'infirmière sur la base de 3 changes par 24 heures (nuit : change spécial longue durée – matin et après-midi : changes normaux). Selon besoin, un change supplémentaire est réalisé avec traçabilité. Dans le cas d'un différend, l'infirmière coordinatrice décidera de la fréquence des changes.

L'aide à la mobilisation pour des raisons d'élimination (miction impérieuse, énurésie...) est proposée au moins trois fois par jour, au moment de la toilette, en début d'après-midi et lors du coucher ou selon plan de soins.

C/ Prévenir et traiter les escarres

Le personnel IDE, en lien avec les équipes des unités, évalue le risque d'escarres lors de l'admission puis au cours des soins / nursing et lors de toute situation d'immobilisation. Selon la situation, la mise en place de matelas à air ou autre matériel peut-être prescrite et un planning de mobilisation et positionnement particulier est mis en œuvre avec traçabilité sur logiciel de soins. L'utilisation du MEOPA peut aussi être proposé pour réduire l'impact douloureux.

D/ Évaluer et prendre en soins les troubles cognitifs

Le parcours de soins des personnes présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée débute par une phase d'évaluation notamment des troubles de la mémoire avec une évaluation dite MMSE réalisée par notre géronto-psychologue, spécialement formé à ces troubles grâce à un diplôme universitaire «DU Alzheimer ».

Toutefois, les troubles de la mémoire ne sont pas toujours au premier plan en cas de maladie d'Alzheimer ou apparentées. Il faut être attentif aux symptômes évocateurs d'autres troubles cognitifs : attention, langage, orientation, praxies/gnosies, fonctions exécutives, ou cognition sociale. En complément, Le test de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI-ES) permettra de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez les personnes accompagnées souffrant de démence. La pose du diagnostic de démence ne pourra intervenir qu'après un examen médical réalisé auprès d'un spécialiste en gériatrie avec un bilan clinique complet. L'évaluation du statut fonctionnel ne doit pas être dissociée de l'évaluation des fonctions cognitives et comportementales de la personne, de l'évaluation de son environnement relationnel ou physique.

Un fois le diagnostic posé, et en complément d'éventuels traitements, des activités thérapeutiques non médicamenteuses seront mise en places avec des personnels formés (personnel ASG des unités dites protégées, PASA avec le personnel paramédical) et intégrés au plan de soins et d'accompagnement personnalisé.

E/ Encadrer l'usage des contentions

La contention physique se définit par : « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement dangereux ou mal adapté ». La contention concerne toutes les personnes dont l'état de santé présente un risque pour soi-même ou pour autrui et peut prendre des formes variées.

La contention doit rester une mesure d'exception, temporaire, visant à assurer la sécurité de la personne et de son environnement, et à prévenir la rupture thérapeutique. La contention représente certains risques. **Le choix de cette procédure (PROCD606) et sa prescription nécessite une réflexion en équipe sur les bénéfices / risques et une surveillance clinique rapprochée et tracée.** Une information doit être faite à la personne (il faut rechercher son consentement) et à la famille et à son représentant légal. A la suite de la prescription, la personne bénéficie d'une surveillance clinique rapprochée ce qui permet une évaluation régulière de l'état clinique de la personne par l'équipe soignante. Ces observations sont consignées dans le logiciel de soins. Le médecin est informé des améliorations ou dégradation de l'état initial. C'est sur la base de ces évaluations que le médecin décide de lever ou de poursuivre les mesures de contention.

F/ Prévenir le risque de dénutrition et déshydratation

La nutrition est un facteur essentiel au maintien de l'état fonctionnel et de santé des personnes accueillies. L'établissement propose une alimentation équilibrée et une bonne hydratation.

Une albuminémie et un contrôle CRP sont effectués selon besoins. Une pesée des résidents est effectuée, tous les mois, par les personnels de l'unité de vie, sous délégation de l'infirmière, puis retransmise dans le logiciel de soins. Ils assurent un suivi hydrique et un suivi alimentaire, ciblés en fonction de la nécessité de prise en soins, notée dans le projet personnalisé de chaque personne accueillie. Les menus sont affichés quotidiennement devant le restaurant, dans les différentes unités et sur le site internet. Ils sont établis par une diététicienne, selon saisonnalité et après consultation de la commission menu. Cette commission « menu » est ouverte aux personnes accueillies et familles.

Les repas sont servis aux heures suivantes :

- 7h00 / 8h00 : Petit-déjeuner (servi en chambre)
- 11h30 : Déjeuner
- 15h00 /16h : Collation
- 19h00 : Dîner
- 20h / 21h : Tisane

Les repas sont servis en salle de restaurant. En cas de nécessité (convalescence, maladie, fatigue importante), les repas pourront être servis en chambre après autorisation de l'infirmière et avis médical, ce service reste occasionnel. Les soignants aident et/ou stimulent les personnes ayant besoin d'aide lors de la prise des repas et adaptent les textures. Une surveillance alimentaire peut être instaurée si besoin. Des collations sont proposées le soir pour diminuer le jeûne nocturne. Des apports hyper-protéinés sont fournis quand la situation l'exige. Un enrichissement peut-être mis en place au besoin.

Les menus sont établis par la diététicienne de la société de restauration. Les régimes sont pris en considération sur prescription médicale et des textures adaptées sont proposées sous forme hachée ou mixée. Les commandes des repas sont réalisées par le personnel des unités en prenant en compte les goûts des personnes pour proposer si besoin, un plat de remplacement. Les menus sont adaptés aux saisons et améliorés pour les fêtes calendaires (apéritif, repas de fête...). Certains services comme le PASA et l'animation mettent en place des repas thérapeutiques en petit groupe pour favoriser une thématique avec préparation des plats sur place.

En période estivale et risque de canicule, l'ensemble du personnel est sensibilisé pour prévenir le risque de déshydratation et les résidents sont classés en 3 groupes d'hydratation selon leur état de santé : eau plate et eau gélifiée pouvant être proposées et l'EHPAD propose de l'eau gazeuse pour prévenir les troubles de la déglutition.

G/ Prévenir le risque de chutes

Pour chaque chute d'une personne accueillie, un document de synthèse est établi sur le logiciel de soins sur la base des éléments du DQ248 pour consigner les conséquences éventuelles de la chute et favoriser la recherche des causes, qui est faite chaque mois en « réunion chute » par le médecin coordonnateur et le personnel paramédical. Pour prévenir le risque de chute, des ateliers d'activités physiques adaptés à la personne âgée sont mis en place et l'ergothérapeute peut être sollicitée pour rechercher des solutions techniques ou matérielles. Par ailleurs, sur prescription médicale du médecin traitant, les kinésithérapeutes libéraux interviennent par des séances de marche et d'équilibre, prévention des chutes.

HI/ Évaluer et prendre en compte la douleur

Au cours d'un soin ou de toute autre manipulation, le personnel soignant qui constate une douleur, en informe le personnel IDE qui va choisir l'outil d'évaluation de cette douleur selon que la personne accueillie verbalise (échelle numérique) ou non (échelle ALGOPLUS basée sur l'observation comportementale en réaction à cette douleur). Cette évaluation est pluridisciplinaire et sera suivie d'une recherche de traitement en lien avec le médecin traitant. Le recours au MEOPA peut être utilisé pour certains actes pour en réduire l'impact douloureux.

II/ Gérer le risque infectieux

La prévention du risque infectieux dans les établissements médico-sociaux s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration de la qualité. Le risque infectieux épidémique représente un problème majeur de santé publique dans les EHPAD, en raison de la fragilité des personnes accueillies et du risque de transmission croisée en collectivité. Les infections à potentiel épidémique les plus fréquemment observées dans les EHPAD sont des cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA), d'infections respiratoires aiguës (IRA), d'infections à *Clostridium difficile* (ICD), de gale ou de bactéries dites multirésistantes (BMR). Par ailleurs, l'article L3113-1 du code de la santé publique prévoit la déclaration obligatoire de certaines maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ainsi que des maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

L'EHPAD a réalisé une démarche d'analyse et de maîtrise du risque infectieux (DAMRI) avec le concours de l'équipe mobile d'hygiène (EMH) de l'Hôpital Pays de l'Autan et des recommandations du centre d'appui pour la prévention des affections liées aux soins (Cpias Occitanie) comprenant une cartographie des risques infectieux (DAMRI) et un plan d'action en cas de crise.

La réflexion ainsi menée en amont de la crise permet de définir une politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux. Ce DAMRI a donc pour objet de définir l'organisation interne à mettre en place pour :

- Limiter le risque de survenue d'un foyer infectieux au sein de l'établissement, et le cas échéant, sa propagation aux autres résidents et personnels ;
- Assurer la prise en soins de ses « patients » afin de recourir aux établissements de santé seulement si cela est nécessaire.

JI/ Prévenir l'isolement et le risque suicidaire

Nos équipes soignantes sont très attentives aux modifications de comportement des personnes accompagnées et signalent à la psychologue tout changement de comportement afin que celle-ci puisse évaluer les risques de dépression, de suicide et/ou d'isolement social de la personne en institution. En effet, l'isolement des personnes âgées est un problème de plus en plus répandu qui a de nombreuses causes comme la perte d'autonomie, le manque de mobilité ou encore des changements familiaux. Des activités favorisant le lien social seront alors proposées notamment avec l'équipe d'animation et une surveillance plus accrue sera mise en place, jour et nuit.

K/ Accompagner la fin de vie

Les équipes soignantes des EHPAD sont en capacité de prodiguer des soins adaptés aux personnes âgées en fin de vie. Elles réalisent ainsi des soins de confort (physique ou psychologique) et assurent une présence accrue auprès de la personne en lien avec les membres de la famille et les directives anticipées que celle-ci aurait préalablement rédigé ou sur indication de la personne de confiance. Le recours à un organisme spécialisé extérieur (type HAD fin de vie) peut-être mis en œuvre pour les soins palliatifs les plus avancés pour donner du temps à la personne en fin de vie.

3. La prise en soins paramédicale

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 doit 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 pour pouvoir être prises en compte pour l'évaluation PATHOS de la personne.

A/ Les professionnels paramédicaux

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'une salle d'activités physiques en Rdc dénommée « salle Émile Pons » accessible par les personnels internes (paramédical, intervenant APA, PASA...) et les intervenants externes (kinés...) 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. Peu de prestataires sont toutefois intéressés à intervenir dans l'EHPAD malgré la mise à disposition d'une salle spécifique et le transfert des personnes à accompagner.

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.

B/ Les aides techniques

La réalisation des soins techniques et de nursing est facilitée par la mise à disposition de matériels et équipements adaptés, certains sont en location (lève-malade, verticalisateurs, matelas à air...) et d'autres appartiennent à l'EHPAD (lits médicalisés, draps de glisse, fauteuils roulants, fauteuils «confort», déambulateurs, chaises percées, cannes,). L'entretien, le stockage et le suivi de ces équipements est assuré par l'ergothérapeute.

L'ergothérapeute évalue, en collaboration avec l'équipe soignante, les besoins en matériel et équipement au regard de la situation globale de la personne accueillie, et en rappelle le fonctionnement aux équipes en place.

4. Les intervenants extérieurs

La personne accueillie liste à son arrivée dans l'établissement (DQ098) les prestataires externes qu'elle souhaite faire intervenir tant sur le plan médical (médecin traitant, spécialiste, paramédical, laboratoire, pharmacie...); que sur le plan esthétique / confort (coiffure, pédicure, auxiliaire domicile...). Les frais relatifs aux interventions des médecins et autres professionnels médicaux ou paramédicaux libéraux, de même que les frais de laboratoire et de radiologie, restent à la charge de la personne accueillie qui se fait rembourser dans le cadre du droit commun. Ces intervenants sont librement choisis par le résident tout comme l'hôpital ou la clinique où il souhaite être transporté et ces informations sont consignées dans le logiciel de soins.

Les prestations de coiffure, pédicure, podologie, esthétiques, autres... sont assurées par des prestataires externes choisis par la personne accueillie qui doivent être précisés dans le document individuel de prise en charge DQ98. Ces prestataires externes fixent eux-mêmes leurs tarifs et modalités de règlement. Ils peuvent intervenir, soit dans la chambre, soit dans des locaux spécifiques (salon de coiffure du bâtiment principal, salle spécifique UPAD...). Ces prestations restent à la charge de la personne accueillie.

L'établissement propose également des prestations complémentaires, facultatives, dont pourra bénéficier la personne accueillie s'il le souhaite, en contrepartie d'un supplément au tarif socle qui fera l'objet d'un avenant (souscription ou renonciation) au contrat de séjour. (DQ98). Ces prestations concernent notamment la téléphonie ou tout autre besoin spécifique à étudier avec la direction. Toute renonciation à une prestation du tarif socle, n'induit pas de diminution du tarif journalier.

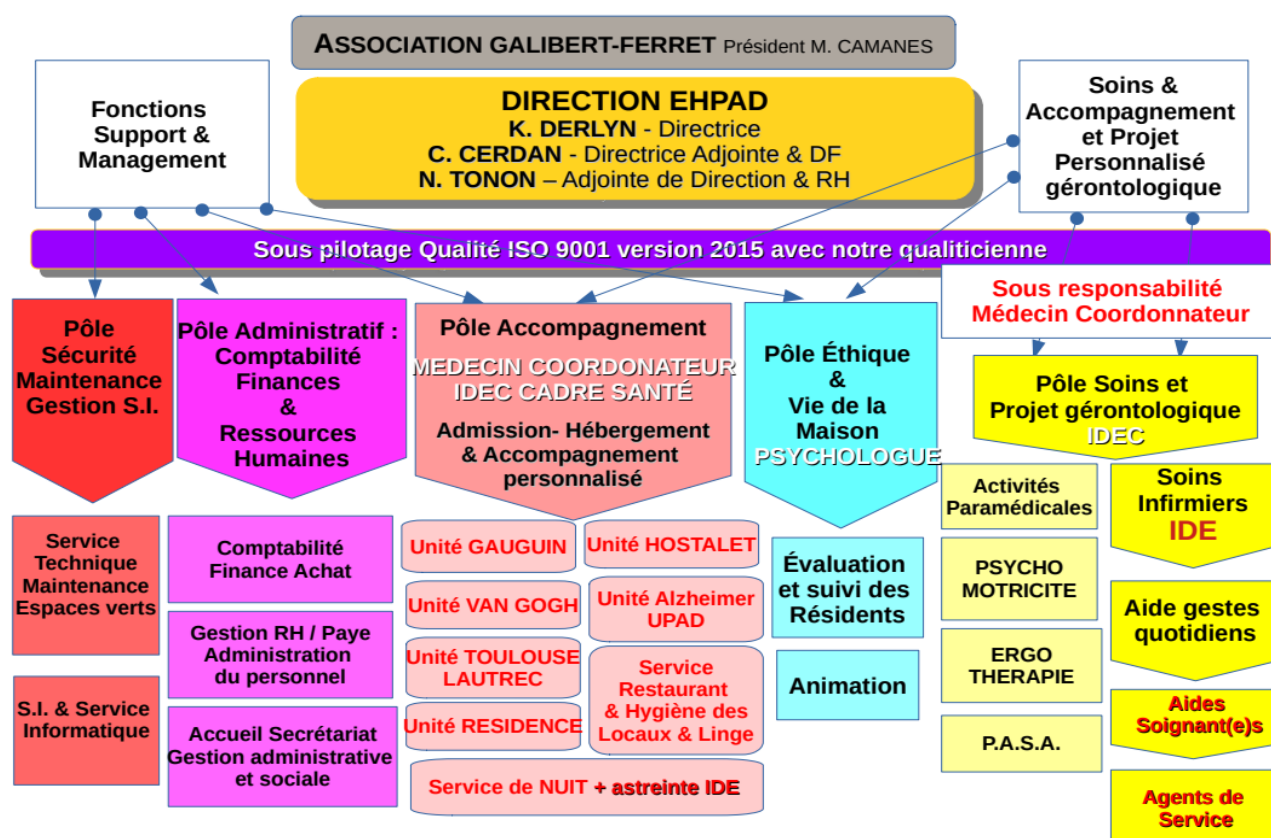
VIII - La gestion des ressources humaines

1. Description de l'organisation interne

Tout le fonctionnement de l'EHPAD est organisé sous pilotage de son système de management par la qualité qui définit le rôle et les missions de chacun ainsi que les moyens pour y parvenir et réalise une évaluation annuelle de chaque processus selon la cartographie pré-définie (CA019).

- ✓ **Le Service Qualité** assure le suivi de la certification ISO 9001 dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations et services rendus. Il gère aussi le suivi des réclamations.
- ✓ **La Direction** assure la bonne marche de l'établissement, la gestion des projets , la gestion financière et comptable, la gestion des Ressources Humaines. Elle veille à la continuité des soins et de l'accompagnement. Elle est responsable de la sécurité des biens et des personnes notamment la gestion du risque incendie.
- ✓ **Le Pôle Sécurité** comprend le service technique qui veille à l'entretien et à la maintenance préventive et curative des bâtiments et installations en lien éventuel avec des prestataires extérieurs ainsi que l'entretien des espaces verts. Il assure aussi la gestion des système d'informations.
- ✓ **Le Pôle Administratif** a pour rôle d'accompagner administrativement et socialement les personnes accueillies. Il assure le gestion comptable et financière de l'EHPAD ainsi que la gestion des Ressources Humaines dans sa globalité.
- ✓ **Le Pôle Accompagnement** assure l'admission des personnes accueillies, la gestion de leur hébergement dans les différentes unités de vie et les évaluations et planifications nécessaires au projet d'accompagnement personnalisé.
- ✓ **Le Pôle Éthique & Vie de la maison** comprend l'évaluation et le suivi psychologique des personnes accueillies ainsi que l'accompagnement de l'entourage (si nécessaire) et la proposition des activités et animations individuelles ou en groupe... en lien avec le maintien du lien social.
- ✓ **Le Pôle Soins et Projet gériatrique** assure la prise en soins et l'accompagnement de chaque personne accueillie jusqu'à la fin de sa vie notamment par l'évaluation et la mise en œuvre d'un projet de vie individuel comprenant un plan de soins infirmier, la surveillance de l'état de santé, la planification et la réalisation d'une aide adaptée aux gestes quotidiens de la vie (aide à la toilette, aide au repas...). Au cours de cette mission, les équipes doivent évaluer l'état de santé, les besoins et les attentes des résidents et de leurs familles. Le médecin coordonnateur garantit la bonne prise en soins gériatrique et assure la coordination avec les médecins traitants et les services médicaux externes. La commission pluridisciplinaire assure la coordination des soins et la prescription des activités internes (PASA, paramédical...).

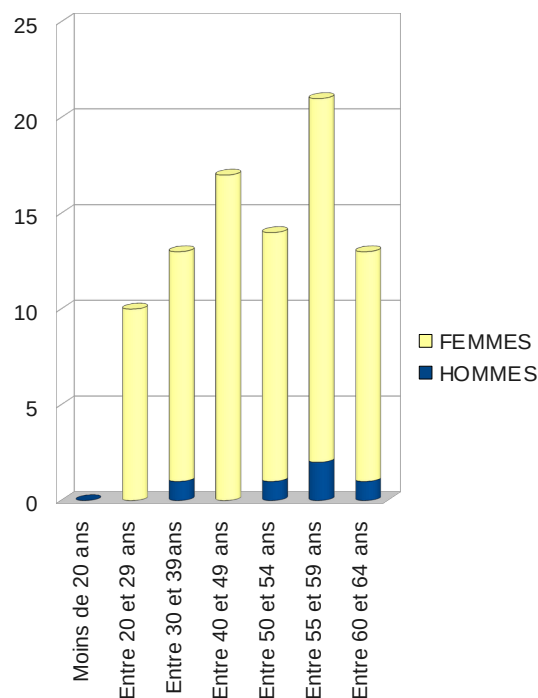
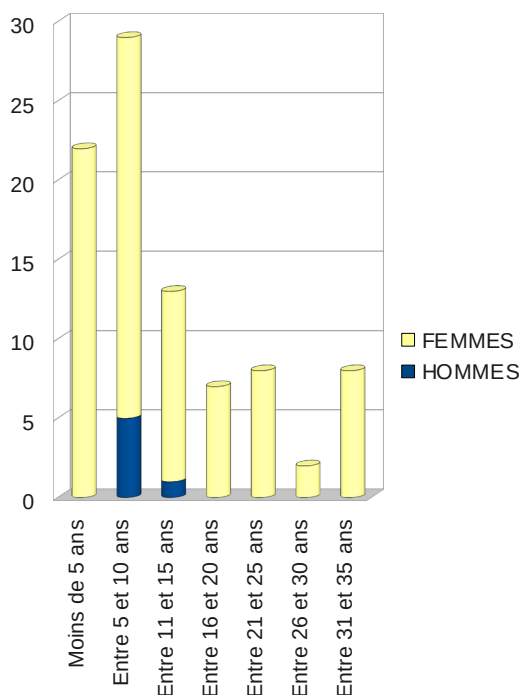
2. Organigramme



3. Données sur les effectifs

L'effectif moyen au 31/12/2024 était de 108 personnes pour un effectif équivalent temps plein de 66,32 CDI auquel s'ajoute un volant de 18,6 ETP en CDD de remplacement & 1,34 ETP en contrat aidé => **soit 86,46 ETP** (contre 85,28 sur 2023 avec la nouvelle organisation – 83,43 ETP en 2022). L'âge moyen est de 48,66 ans (49,58 en 2023) ans avec 55 % de l'effectif de + 50 ans dont 16 % de + 60 ans pour une ancienneté moyenne de 11,94 ans (11,16 ans en 2023).

FONCTIONS (au 31/12/2024)	ETP
DIRECTION / ADMINISTRATION	4,76
SERVICE TECHNIQUE	3,19
ANIMATION / SOCIAL	3,28
INFIRMIER	6,13
MEDEC	0,30
PARAMEDICAL	1,06
PSYCHOLOGUE	1,60
AIDE SOIGNANT / AMP	31,87
AGENT SERVICE HOSP.	34,27
TOTAUX	86,46



Ancienneté moyenne au 31/12/2024 : 11,94 ans

Age moyen au 31/12/2024 : 48,66 ans.

4. La gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines et l'administration du personnel sont assurés par l'adjointe de direction qui gère le personnel de son recrutement à la fin de son contrat de travail.

L'EHPAD accueille des stagiaires, venant de différents organismes, dans le cadre de leur stage pratique notamment des élèves infirmiers, élèves aides-soignants, des élèves de formation professionnelle en lien avec notre secteur d'activité ainsi que des personnes en recherche d'emploi.

Les nouveaux collaborateurs reçoivent en amont les documents nécessaires à leur prise de poste puis bénéficient d'une période de doublon en tutorat interne pour appréhender nos méthodes de travail et enfin, bénéficient d'une journée de formation comprenant les bonnes pratiques, la sensibilisation aux risques professionnels et la formation à la sécurité (incendie notamment).

Chaque année, les personnels sont soumis à une procédure d'évaluation et à la recherche des items de formation qui pourraient leur permettre d'évoluer ou de consolider leurs acquis professionnels. Cette procédure d'évaluation permet aussi d'analyser la qualité de vie au travail. A ce titre, certains postes de travail peuvent être aménagés dans le cadre de pré-retraite progressive ou d'adaptation à l'état de santé validé par la médecine du travail.

La question des formations est au centre des démarches de bientraitance. Les formations doivent permettre de garantir un équilibre entre savoir-faire et savoir-être, afin de permettre aux professionnels de développer les compétences nécessaires à une relation, à une communication et à une aide efficace et éthique. Les formations sont principalement réalisées intra-entreprise et sont définies dans un plan pluriannuel de développement des compétences.

Enfin, une évaluation des risques professionnels est régulièrement réalisée et décrite dans le document unique d'évaluation des risques DUERP -DQ624 et son plan de prévention / actions correctives suivi à chaque réunion du CSE – HSCT où sont aussi analysés les accidents de travail :

- ✓ DQ632 - revue de préventions
- ✓ DQ633 - analyse des risques
- ✓ DQ634 - évaluation des risques par métier

Le Comité Social et Économique a été renouvelé en décembre 2023, en collège unique, pour un mandat de 4 ans. C'est l'instance d'expression collective des intérêts des salariés, il promeut la santé et la sécurité et gère toutes les questions en lien avec la marche générale de l'entreprise, l'organisation du travail, les outils de production, la formation professionnelle, les conditions de travail...

Des bénévoles peuvent être amenés à accompagner les équipes notamment lors des animations et par conséquent, ces bénévoles peuvent interagir avec nos personnes accompagnées. Ils ont été préalablement sensibilisés par notre psychologue et une charte du bénévolat encadre leur activité.

5. La formation et l'évaluation des personnels

La plupart des métiers exercés dans un EHPAD sont soumis à l'obtention d'un diplôme d'état qui atteste des connaissances et compétences de leurs titulaires : personnel infirmier et personnel aide soignant ou aide médico-psychologique notamment. Pour les autres personnels qui interviennent aussi auprès de nos personnes accueillies, la responsable des ressources humaines a validé leurs compétences professionnelles et mise en place une période de doublon / tutorat interne lors de leur prise de poste pour vérifier leur expérience et savoir-faire.

Chaque année, les personnels sont évalués sur la base de leur fiche de poste et d'un entretien avec leur responsable hiérarchique. Un entretien professionnel est aussi réalisé tous les 2 ans pour faire un point sur l'évolution de la carrière professionnelle.

Chaque année, un plan de développement des compétences est aussi programmée par le service des ressources humaines afin de maintenir ou de développer les aptitudes professionnelles de nos salariés avec notamment des thématiques récurrentes comme :

- l'amélioration de la prise en soins des personnes âgées démentes
- les méthodes de manutention des personnes âgées
- les premiers secours (SST, AFGSU)
- l'actualisation des compétences métier (douleur, hygiène, bientraitance...)
- la qualification d'assistant de soins en gériatrie
- la sécurité incendie...

6. L'administration et la gestion financière, un appui aux opérationnels

La direction et les services administratifs assurent le suivi administratif, comptable et RH de l'EHPAD en cherchant à mettre en œuvre tous les moyens humains et techniques possibles dans le strict respect du taux d'activité et des lignes budgétaires allouées par nos autorités de tarification (ATC) que sont l'ARS et le Conseil Départemental du Tarn. Ensemble, nous cherchons à définir les objectifs et projets à venir afin d'en déterminer le plan de financement adéquat. L'EHPAD rédige chaque année un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) sur le 2ème trimestre pour établir le budget prévisionnel de l'année en cours. Un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) est rendu lui aussi sur le 2ème trimestre pour arrêter les comptes de l'année précédente. Après analyse de toutes ses données et ratios financiers, le CD 81 valide les lignes budgétaires autorisées et définit le prix de journée. Les dotations soins et dépendance sont quand à elles calculées sur le PATHOS et GIR défini préalablement au CPOM (dernière coupe en avril 2017).

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec les ATC définit les lignes directrices des prestations délivrées et les moyens alloués. Un recours à des crédits non reconductibles (CNR) peut être demandé annuellement sur des thématiques spécifiques. Des appels à projets (AAP), à candidature (AAC) ou à manifestation d'intérêt (AMI) ou autres sont déclinés chaque année pour permettre à l'EHPAD de compléter son offre de service ou d'expérimenter certaines activités.

L'EHPAD dispose d'un système d'information comprenant :

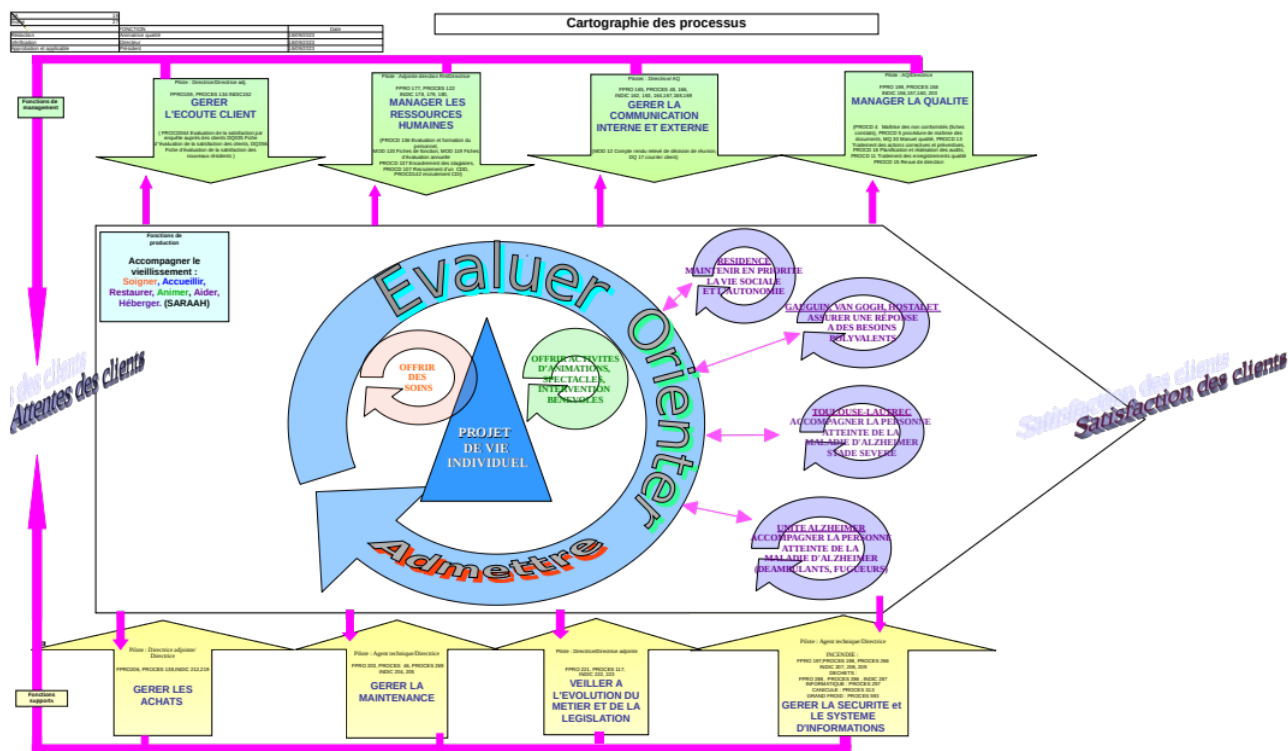
- ✓ la gestion en interne de la téléphonie,
- ✓ la gestion des appels malade,
- ✓ une centrale de sécurité incendie de catégorie A avec personnels formés,
- ✓ un logiciel de soins NETSOINS aux normes « Ségur de la santé »,
- ✓ une administration informatique sous logiciel « Libre » pour une meilleure sécurisation des données numériques.

IX - La démarche qualité

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

1. Le système de management qualité - SMQ

Le système qualité mis en œuvre par l'EHPAD Saint Joseph est en accord avec la version 2015 de la norme internationale ISO 9001. Le système management qualité est décrit par le manuel qualité. Chaque année, un audit qualité est réalisé à la recherche d'éventuelles non conformités et de postes 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 champ d'application prévu concerne sept activités clefs de l'établissement présenté dans la cartographie CA019 ci-dessous :

- Le processus : « Évaluer, orienter, admettre »
- Le processus : « Offrir des animations, culte, activités occupationnelles, spectacles »
- Le processus : « Offrir des soins »
- Le processus : « Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, stade sévère : (Toulouse-Lautrec) »
- Le processus : « Maintenir en priorité la vie sociale et l'autonomie : (Résidence) »
- Le processus : « Assurer une réponse à des besoins polyvalents » (Hostalet, Gauguin et Van Gogh) »
- Le processus : « Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (déambulants, fugueurs) (UPAD) »

Le périmètre est constitué de l'ensemble des sites 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,...).

La documentation du système de management de la qualité de l'EHPAD Saint Joseph comprend :

- un manuel qualité.
- des fiches de processus avec des fiches d'indicateurs
- des processus et des procédures
- les procédures documentées exigées par la norme ISO 9001 version 2008.
- des fiches d'instruction
- des modèles
- des documents « qualité » divers.

La gestion du manuel qualité (MQ) est sous la responsabilité de l'animatrice qualité qui en assure la mise à jour, la vérification, la diffusion interne ou externe. Ces mises à jour interviennent à chaque fois qu'un chapitre identifié est remis en cause par un changement organisationnel. En dehors des évolutions pour modification, le manuel sera revu tous les 3 ans pour s'assurer de son adéquation avec le système mis en place lors d'une revue de direction et/ou lors du renouvellement de la certification. Les diffusions internes sont contrôlées, et font l'objet de mises à jour régulières. La dernière version du MQ est consultable sur le site intranet qualité. A chaque nouvelle version du MQ, la date et le numéro de version sont changés sur toutes les pages du MQ et celui-ci est de nouveau approuvé par la Directrice. L'original de chaque version est conservé aux archives. La maîtrise des documents s'applique aux documents créés en interne pour répondre aux exigences du système qualité ISO 9001 version 2015 (Manuel qualité, procédures, processus, documents et fiches d'instruction) ainsi qu'aux documents de diverses origines externes.

La gestion complète de la documentation créée en interne est effectuée par l'animatrice qualité : rédaction, diffusion, modification et archivage. Le service qualité met à disposition des personnels tous les documents qualité validés qui sont consultables depuis tout poste informatique de l'établissement sur l'« intranet qualité ». De même, les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) applicables dans l'établissement sont consultables par tous les professionnels sur l'intranet qualité.

2. Qualité & Gestion des risques

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.

3. La démarche d'amélioration continue

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, le décret du 26/04/2022 modifiant le décret du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, fixe le rythme des évaluations (par un organisme extérieur accrédité) à 5 ans.

La programmation pluriannuelle de ces évaluations est arrêtée par les autorités de tarification et de contrôle ayant délivré l'autorisation, selon le déroulé suivant :



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, tiers extérieurs indépendants, autorisés à procéder aux évaluations lors d'une visite au sein des ESSMS. 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. Elle est évaluée à partir des objectifs et critères d'évaluation, coconstruits au niveau national avec les professionnels et les personnes accompagnées.

4. L'évaluation HAS

Conformément à l'arrêté conjoint de l'ARS Occitanie et du Conseil Départemental du Tarn visant à définir la programmation pluriannuelle des évaluations 2023-2027 et, en application des dispositions du référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en date du 10 mars 2022, le fonctionnement de l'EHPAD SAINT JOSEPH a été évalué par l'organisme spécifiquement accrédité Actions Formations sur la période du 8 au 9 juillet 2024. Cette évaluation a été réalisée sur la base de 139 critères dits « standards » qui correspondent aux attendus de l'évaluation et 18 critères dits « impératifs » qui correspondent à des exigences qui, si elles ne sont pas satisfaites, impliquent la mise en place d'actions spécifiques dans la continuité immédiate de la visite d'évaluation.

L'évaluation porte sur 3 chapitres et différentes thématiques soumises au questionnement des personnes accueillies, du Conseil de la Vie Sociale, de différents professionnels et de sa gouvernance (direction / encadrement) :

- **chapitre 1 : la personne accompagnée avec la note globale de 3.46 / 4**
- **chapitre 2 : les professionnels avec la note globale de 3.54 / 4**
- **chapitre 3 : l'ESMSS / la gouvernance avec la note globale de 3.39 / 4**

Thématiques de l'évaluation	1/ LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE	2 / LES PROFESSIONNELS	3/ L'ESMSS GOUVERNANCE
Bientraitance et éthique	4 / 4	3,5 / 4	3,25 / 4
Droit de la personne accompagnée	3,32 / 4	4 / 4	4 / 4
Expression et participation de la personne accompagnée	2,84 / 4	3 / 4	3 / 4
Coconstruction et personnalisation du projet d'accompagnement	3,32 / 4	3,14 / 4	3,4 / 4
Accompagnement à l'autonomie	3,84 / 4	4 / 4	3,33 / 4
Accompagnement à la santé	3,46 / 4	3,71 / 4	3,6 / 4
Continuité et fluidité des parcours	3 / 4	3,44 / 4	
Politique des ressources humaines			3,17 / 4
Démarche qualité et gestion des risques			3,4 / 4

L'EHPAD travaille actuellement sur un plan d'actions corrective sur les résultats de cette évaluation qui sera transmis aux autorités administratives avec le rapport d'évaluation d'ici fin 2024 avec :

- ✓ une nouvelle procédure de déclaration des événements indésirables (PROCD579 / DQ660)
- ✓ une nouvelle procédure de prise en charge médicamenteuse (PROCD308 / FI298)
- ✓ un meilleur suivi (analyse pluridisciplinaire et communication) des plaintes, réclamations et événements indésirables.

X - Les objectifs opérationnels à cinq ans

L'EHPAD a choisi d'orienter sa stratégie opérationnelle sur **l'amélioration de l'accompagnement des personnes accueillies** en terme de prise en charge comme en terme de projet architectural comprenant un volet développement durable pour offrir un confort thermique à chaque saison tout en maîtrisant les consommations énergétiques. L'efficacité de cette prise en soins améliorée passe irrémédiablement par la motivation et les compétences du personnel en place et la mise en œuvre effective des droits et libertés des personnes accompagnées. Ces objectifs sont traduits sous forme de « fiche action » dans le système qualité et font l'objet d'une révision chaque année.

1. Moderniser l'offre architecturale

Pour améliorer l'offre de service et mieux répondre à l'évolution des besoins des personnes accueillies en terme de qualité de vie et de soins, tout en proposant un accompagnement personnalisé dans de petites unités de vie comprenant un logement adapté et des espaces collectifs climatisés et accueillants amenant un cadre de vie modernisée. Mais aussi, rechercher des solutions innovantes d'habitat collectif différente de l'« EHPAD pur » qui proposerait soit une mixité sociale / projet intergénérationnel, soit une offre plus axée sur une nouvelle forme de domicile pour les seniors.

AI Améliorer le cadre de vie existant et développer une offre de service adaptée

Chaque personne accueillie doit bénéficier d'un logement adapté à ses besoins tant en terme d'accessibilité et de déplacement interne, qu'en terme de prise en soins dans des unités de vie à taille humaine et avec un projet de service spécifique :

- une chambre à 1 lit ou 2 lits selon demande (couple, difficulté financière...) disposant d'une fenêtre avec vue et occultation si besoin (rideau voilage) et accès à la télévision (antenne), au téléphone (prise et abonnement interne) et au WIFI (gratuit et sécurisé) ;
- une salle de bain complète avec lavabo, WC et douche adaptée au handicap ;
- du mobilier : lit médicalisé, chevet, bureau/table avec chaise / fauteuil confort et la possibilité d'amener du mobilier personnel sans encombrer la chambre ;
- un espace sécurisé avec un système d'appel-malade, des normes de sécurité incendie ERP, la possibilité de fermer à clé son logement, ...
- des unités de vie par niveau regroupant des personnes de pathologies identiques.

Chaque unité de vie doit comprendre, outre les logements privés :

- un espace collectif d'activité climatisé avec une zone restauration et une office repas équipé + WC/douche à proximité + espace télévision et cuisine thérapeutique ;
- une salle de soin informatisée pour le personnel avec zone chariot médicament ;
- des locaux de stockage (produits incontinence / chariot de change / produits d'entretien / chariots ménage et centrale de dilution, local attente poubelles / rangements).

=> Objectifs : Faire un état des lieux annuel des chambres et locaux des unités de vie en revue de process hébergement.

B/ Soutenir le maintien à domicile et le répit des aidants

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 ;
- de répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement ou autre ;
- à permettre un séjour temporaire en sortie d'hospitalisation pour sécuriser le retour à domicile (réponse AAC HT-SH avec une chambre dédiée si accepté cf.DQ609).

L'offre de l'EHPAD est constitué de 5 places en hébergement temporaire intégrées dans l'EHPAD et dédié 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 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 de type déambulation notamment et peut servir d'essai de vie en collectivité ;
- ✓ **Unité Van Gogh « chambres 238 et 271 » au 2ème étage** pour assurer une réponse à des besoins polyvalents et permettre un répit des aidants en toute sécurité pour leurs proches accueillis ;
- ✓ **Unité Gauguin « chambres 171 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.

=> **Objectifs : Mettre à jour le projet de service « Hébergement Temporaire » (DQ535 Indice 3) / État des lieux unités en revue de process hébergement / Mesurer le taux d'activité HT en revue de process admission / réponse aux AAP-AAC en lien avec l'hébergement temporaire.**

C/ Optimiser l'offre de service aux personnes atteintes de maladie neurodégénératives

L'EHPAD dispose d'une unité de vie spécialisée dans l'accompagnement et la prise en charge des troubles du comportement et de la déambulation dans des locaux adaptés et sécurisés et accueille le stade plus avancé de la maladie dans ses unités de vie polyvalentes.

- L'unité spécialisé dite « **UPAD MONET** » comprend 22 lits + 1 lit d'hébergement temporaire qui prend en compte la déambulation et le risque de sortie à l'insu du personnel et propose un accompagnement particulier incluant une proposition d'activités thérapeutiques non médicamenteuses à différents moment de la journée par l'équipe de l'unité ou en activité PASA dans des locaux à l'architecture adaptée avec sécurisation des accès internes et externes. Un salle type snozelen et un espace bien-être permettent aussi de répondre à des situations d'angoisse des personnes accueillies ;

- Les personnes accompagnées dont la maladie est à un stade plus avancée avec par des troubles cognitifs importants amenant une diminution de leurs capacités physiques sont intégrées dans les unités Gauguin (1^{er} étage), Van Gogh (2^{ème} étage) et Toulouse Lautrec (3^{ème} étage) plus spécifiquement dans des chambres d'une taille permettant une optimisation de la prise en charge de leur dépendance (ancienne chambre à 2 lits).
- l'activité PASA est une réponse adaptée à l'offre de service pour les personnes accueillies avec troubles du comportement et fait l'objet d'un projet de service spécifique (DQ535).
- une partie du personnel de ces unités à bénéficier de la formation ASG (assistant de soins en gérontologie) pour mieux appréhender la pathologie des personnes accompagnées.

=> Objectifs : État des lieux unités en revue de process hébergement / Nombres de personnels formés ASG / Mettre à jour le projet de service PASA (DQ585 indice 2) et indicateurs PASA en revue de process soins (indic 622).

DI Développer une nouvelle offre innovante d'habitat collectif

Dans une optique de transformation de l'offre pour une réponse mieux adaptée au besoin du vieillissement attendu de la population (augmentation importante des + 65 ans d'ici une dizaine d'année), une réflexion sur de nouvelles modalités d'accueil est ouverte. Que l'on parle de places en Résidence Autonomie, d'EHPAD « hors les murs », d'espace « tiers-lieux » le leitmotiv des années à venir est bien de proposer une offre innovante et stimulante pour nos aînés. La proximité avec la Résidence de Jeunes Notre Dame permet d'ores et déjà d'étudier une offre de logement dans une mixité sociale et intergénérationnelle. L'EHPAD de demain doit aussi mettre en place une réelle stratégie de prévention de l'autonomie en interne mais aussi ouverte sur l'extérieur pour repérer les fragilités (programme ICOPE) et soutenir le travail des services d'aide à domicile.

La réflexion architecturale sur les années à venir doit se concentrer sur les besoins de notre territoire avec le vieillissement de la population, à savoir ;

- créer des logements en Résidence Autonomie ou autres logements seniors adaptés ;
- créer un projet intergénérationnel avec le logement habitat jeunes du foyer mitoyen ;
- réfléchir à une modernisation du bâtiment Résidence avec nouveau projet de service ;
- augmenter le nombre de places en unité Alzheimer spécialisée.

Cette nouvelle offre de service viendra en réponse à des appels à projets (ou autre) bien spécifique qui feront alors l'objet d'une étude d'investissement et d'un plan de financement adapté.

=> Objectifs : Réfléchir à une nouvelle offre de service (Résidence Autonomie ou autre) pour prise en charge de l'augmentation de la population de + 65 ans (revue de direction) et/ou à un projet intergénérationnel (tiers lieux ou autre).

2. Progresser dans la qualité de la prise en soins

Pour améliorer encore la prise en soins, l'EHPAD doit développer les partenariats nécessaires pour améliorer la qualité et la continuité des soins et faciliter la coordination des parcours des personnes accueillies. S'agissant des besoins liés à la santé, l'accès aux soins de santé doit être mieux garanti – en particulier en diminuant le nombre de personnes âgées sans médecin traitant - et les parcours doivent être mieux articulés en s'appuyant sur les dispositifs de coordination existants. S'agissant du repérage et de l'accompagnement des personnes fragiles, nous restons en l'attente d'une nouvelle politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement (« loi bien vieillir ») et de dispositifs de soutien à l'autonomie.

A/ Consolider les parcours de soins des personnes accueillies

La coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en soins des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de ***faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment »***

Notre partenariat avec le dispositif d'appui à la coordination du Tarn (DAC 81) nous permet de trouver une réponse aux situations complexes avec l'appui d'une équipe multidisciplinaire qui vient en complément de nos compétences internes. D'autres partenariats avec les filières gériatriques des hôpitaux et cliniques de proximité (HPA filière EPS-PA & ELSAN Sidobre) permet aussi de minimiser les ruptures de parcours. Notre défi N°1 pour les années à venir sera toutefois de permettre à chacune de nos personnes accueillies de bénéficier d'un médecin traitant compte tenu de la désertification médicale de notre territoire de santé.

Cette programmation et coordination des parcours de soins reste fragile compte tenu de peu de présence de nos médecins coordonnateurs et, de l'échéance de leur départ en retraite (1^{er} semestre 2026) dont le remplacement s'avérera être un recrutement très complexe.

=> Objectifs : Maintenir et développer les partenariats avec la filière gériatrique sur le territoire de santé (revue de process soins) / GPEC remplacement poste « MEDEC » / Nombre de projet personnalisé de soins et d'accompagnement.

B/ Augmenter la coordination des soins avec un personnel « IPA »

En prévision des effets du manque de médecins en France et sur notre territoire de santé, s'est progressivement développé ces dernières années, la formation en pratique avancée (IPA) des infirmiers. La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. C'est dans ce cadre que le recrutement de la nouvelle infirmière coordinatrice (IDEC) a été réalisé en 2023. Notre IDEC-IPA exercera dans une forme innovante de travail interprofessionnel.

En acquérant des compétences relevant du champ médical, elle suivra des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients. Elle verra régulièrement ceux-ci pour le suivi de leurs pathologies et discutera du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe pluridisciplinaire. Elle pourra renouveler et adapter certains traitements et prescrire des examens complémentaires. Ses domaines d'intervention en lien avec ces deux spécialisation IPA sont l'oncologie et les pathologies chroniques stabilisées. Cette activité devra être coordonnée avec son rôle de « cadre de santé ».

=> **Objectifs : Définir l'activité IPA au sein de l'EHPAD et articuler cette fonction avec les postes MEDEC et IDEC / Cadre de santé (revue de soins et de direction) + professionnalisation équipe IDE (DU plaies – Alzheimer / Fin de vie / Douleur...).**

CI/ Apporter une réponse aux besoins territoriaux (PRS, schéma autonomie CD81)

En tant qu'EHPAD, notre activité médico-sociale joue un rôle essentiel dans l'offre de soins et d'hébergement déclinée dans le projet régional de santé (PRS 2023-2028) et sa déclinaison sur le Tarn (STS) ainsi que dans le repérage des fragilités des personnes âgées entrant dans les missions du schéma départemental pour l'Autonomie développé par le Conseil Départemental du Tarn (SDA 2024-2028). Cette spécificité est décrite dans les objectifs du nouveau CPOM.

=> **Objectifs : État des lieux de la réponse aux besoins territoriaux PRS et SDA (revue de soins et de direction).**

DI/ Renforcer la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'informations

Le développement du numérique en santé s'est accentué ces dernières années pour permettre à chaque citoyen de bénéficier de la sécurisation de ses données de santé et d'un accès aux soins plus rapide et coordonné. L'EHPAD utilise un logiciel de soins Netsoins conforme aux exigences du numérique en santé qui protège les données de santé et permet l'interopérabilité avec les professionnels de santé internes et/ou externes. Le recours aux outils de télémédecine est en cours de développement comme la réflexion sur les objets connectés de soins.

Toutefois, le recours à ces outils numériques nécessite des systèmes d'informations sécurisés et maintenus, un accès internet fiable et des postes de travail adaptés et en nombre suffisant. L'EHPAD a donc décidé de revoir son système d'administration réseaux, d'externaliser la maintenance des ses systèmes d'informations et de fiabiliser son accès internet et la sauvegarde des données numériques. L'EHPAD s'engage aussi à mettre en œuvre des mesures de sensibilisation sur la Cybersécurité des données sensibles.

=> **Objectifs : Maintien d'un logiciel de soins conforme Ségur / Développement du recours à la télémédecine (revue de soins) / État des lieux des systèmes d'information et signature d'un contrat de maintenance informatique / Sécurisation internet et données de sauvegarde / sensibilisation Cybersécurité / Faciliter l'utilisation des outils numériques et outils collaboratifs (Ksuite).**

3. Améliorer les compétences offertes

La lutte contre la maltraitance et la prévention de la perte d'autonomie passe aussi par le recrutement de personnels formés et en nombre suffisant et l'augmentation progressive du taux d'encadrement pour garantir la progression de la bientraitance dans les pratiques professionnelles. L'évaluation régulière et la formation continue du personnel permettra une amélioration des compétences offertes. Une réflexion globale sur les fonctions supports indispensables au bon fonctionnement de tout établissement (médico-social ou autre) doit aussi être engagée pour un management adapté et en nombre suffisant.

A/ Perfectionner l'intégration des nouveaux arrivants

Le bon comportement des personnels au travail passent par le recrutement de personnel formé et disposant des savoir-être nécessaires à leur métier mais aussi par une bonne intégration au sein des équipes en place. Cette phase d'intégration passe par une période de tutorat sur le poste de travail pour apprendre à connaître outre les personnes accompagnées, les méthodes de travail de l'établissement. Elle est ensuite complétée par une journée de formation aux bonnes pratiques professionnelles et à la sécurité. Au plus, la phase d'intégration se déroule efficacement, au plus le nouveau salarié trouvera sa place et restera en poste. Le processus de recrutement est long et la période d'intégration demande aussi du temps aux autres personnels qui encadrent le nouvel arrivant, c'est pourquoi la formalisation d'une procédure d'accueil et d'intégration est nécessaire.

=> **Objectifs : Définir une politique d'intégration des nouveaux entrants.**

B/ Évaluer les pratiques professionnelles et renforcer la bien-traitance

Les personnels de l'établissement doivent réaliser leur activité professionnelle dans le respect des recommandations des bonnes pratiques professionnelles accessibles sur l'intranet de l'EHPAD. Des temps de réunion et/ou de transmissions entre équipes doivent être organisés et faire l'objet de temps de sensibilisation aux bonnes pratiques professionnelles.

La démarche bientraitance de soins doit être le leitmotiv des équipes au quotidien et faire l'objet d'un questionnement constant dans leur pratique professionnelle. Souvent bousculée par un manque de temps, un manque d'informations, ... seul le travail en équipe et notamment en équipe pluridisciplinaire pourra faire évoluer ces pratiques vers un accompagnement bien-traitant.

=> **Objectifs : État des lieux des RBPP existantes / Nombre de sensibilisation des personnels au RBPP / Suivi du plan de prévention maltraitance DQ641 / Nombre de personnels formés ou sensibilisés à la bientraitance.**

C/ Analyser les taux d'encadrement et adapter l'organisation du travail

Le taux d'encadrement est une mesure cruciale pour évaluer les conditions de travail des soignants et de prise en soins des personnes accompagnées. Un faible taux d'encadrement se traduira par une dégradation des conditions de travail d'où découlera une mauvaise prise en soins des résidents.

Une analyse du taux d'encadrement des unités de vie et du nombre de personnel sera réalisée chaque année pour réfléchir aux éventuels besoins de transfert des personnes accueillies ou d'adaptation des plannings de travail des équipes en place. Une enquête de satisfaction des personnels et de leur qualité de vie au travail est proposée annuellement et analysés en revue de direction.

=> **Objectifs : Analyser le taux d'encadrement / Modifier l'enquête de satisfaction des salariés en intégrant un questionnaire qualité de vie au travail et éthique professionnelle.**

DI/ Soutenir le développement des compétences par la formation

L'évaluation régulière du personnel permet de définir des objectifs d'amélioration des pratiques professionnelles et fait progresser la qualité de vie au travail. L'ajustement des compétences professionnelles et le développement de savoir-faire et être différents par la formation continue ajoutent des aptitudes à nos équipes soignantes et non soignantes. Chaque année des thématiques de formation récurrentes sont proposées à nos équipes : démarche bientraitance, prise en charge des troubles du comportement, évaluation de la douleur, mobilisation des personnes, 1^{er} secours...

=> **Objectifs : Rédiger, mettre en œuvre, suivre et financer un plan pluriannuel de développement des compétences adapté aux besoins en formation de nos personnels.**

4. Contribuer à l'exercice des droits fondamentaux

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.

AI/ Accompagner les personnes accueillies dans la compréhension et l'exercice de leurs droits

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.

=> **Objectifs : Nombre de contrat de séjour et DIPC signés / Nombre de projet personnalisé réévalué / Nombre de personne de confiance désignée / Nombre de directives anticipées signées / Nombre de réunions CVS / Présence des outils loi 2002-02 et de leur mise à jour.**

B/ Réaliser l'évaluation HAS et le suivi de son plan d'actions

Mettre en œuvre le plan d'action défini lors de la transmission de l'évaluation HAS aux autorités de tarification en engageant un travail avec les équipes soignantes et nos personnes accompagnées :

- sur la déclaration et l'analyse et la communication des événements indésirables graves,
- sur l'accompagnement à la définition d'un projet personnalisé,
- sur l'accompagnement au respect des droits des personnes accueillies,
- sur la sécurisation du circuit du médicament,
- sur le suivi des plaintes et réclamations.

=> **Objectifs : Rédiger et mettre en œuvre le plan d'actions suite évaluation HAS.**

C/ Adapter la signalétique interne

Suite aux nombreuses modifications dans le fonctionnement des unités de vie compte tenu de l'avancement du projet architectural, la signalétique interne et externe doit être entièrement revue avec attribution d'un nom à chaque unité de vie.

=> **Objectifs : Finaliser les noms des unités / Modifier la signalétique interne / Modifier la signalétique externe (jardin)**

D/ Faciliter la communication interne et externe sur les outils existants

Modifier l'image des EHPAD qui a été « entachée » avec le scandale de l'EHPAD Bashing Travailler sur la communication en interne comme en externe : de nombreux panneaux d'affichage des informations « Direction » et « Vie de la maison » sont disponibles dans les différentes unités. Un journal est réalisé en interne « Gazette Saint Joseph » et paraît chaque trimestre. Le site internet www.saint-joseph.asso.fr doit aussi être actualisé et l'EHPAD doit être présent sur les réseaux sociaux.

=> **Objectifs : Parution « gazette » chaque trimestre dans les 15 premiers jours / Mise à jour régulière des panneaux d'information / Mise à jour site internet / Présence sur les réseaux sociaux à développer.**

5. Intensifier la démarche de développement durable

Réfléchir aux enjeux de demain notamment sur le volet « développement durable » en optimisant le fonctionnement quotidien et en recherchant des pistes d'économies pérennes et respectueuses de l'environnement.

A/ Réfléchir aux enjeux de demain en terme de « développement durable »

Chaque lieu de vie et les différents locaux encore sous néons sont progressivement modifiés en éclairage LED. Les circulations des unités de vie sont équipés d'un système automatisé avec détecteur de mouvement pour un éclairage de jour en pavé LED de 7h à 21h et un éclairage de nuit par applique

plus doux permettant la déambulation et l'intervention des soignants. Le recours à la production d'énergie alternative doit être étudié avec recherche de financement.

=> **Objectifs : Finaliser le passage en LED / Étudier la faisabilité technique et financière de la pose de panneaux photovoltaïques ou autres solutions.**

B/ Maîtriser les consommations énergétiques

La mise en œuvre d'un suivi des consommations énergétiques depuis 2020 avec notamment les attendus du décret tertiaire a permis de débiter une réflexion sur la nécessaire maîtrise des consommations qui va de pair avec la problématique de l'augmentation très importante du coût de l'énergie sur les 2 dernières années. La signature des prochains contrat d'énergie en 2025 sera un enjeu financier des prochaines années. Un système de commande centralisée des appareils de climatisation doit être étudié pour adapter la consommation énergétique selon saisonnalité.

=> **Objectifs : Suivre les consommations énergétiques (décret tertiaire) y compris l'eau / Renégocier à la baisse les contrats électricité et gaz / Adapter la consommation à la saison avec un système de gestion centralisé et des radiateurs thermostatiques bloqués dans tout l'EHPAD.**

C/ Développer la politique d'achat en circuit-court

L'EHPAD est adhérente au Réseau ADERE et AMI2 qui sont des centrales d'achat pour ESMSS.

=> **Objectifs : Améliorer le process « achat » en intégrer des partenariats en circuit-court / Maintenir les partenariats permettant les achats en centrale d'achat.**

D/ Rechercher des économies pérennes et un fonctionnement respectueux de l'environnement

Le traitement des déchets est un enjeu majeur d'aujourd'hui et de demain et demande une réflexion plus approfondie notamment sur les produits d'incontinence et l'amélioration du tri des déchets. La gestion du linge plat doit aussi être optimisée (sur-consommation).

=> **Objectifs : Développer une politique interne de tri des déchets / Réfléchir à une gestion « durable » des déchets d'incontinence (compacteur de couches...) / Optimiser la gestion du linge plat.**

6 - Objectifs CPOM à renégocier 2025...

- Axe 1 => Droits, libertés et participation des usagers
- Axe 2 => Contribution au parcours et à la réponse aux besoins territoriaux
- Axe 3 => Amélioration de l'efficacité et du pilotage interne
- Axe 4 => Prévention, qualité et gestion des risques.