



RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS DU DEPARTEMENT

(Tome IV)

**COMMISSION PERMANENTE
DU CONSEIL DEPARTEMENTAL
(IX)**

18 décembre 2017

DELIBERATIONS
(n°s 17.CP.IX.37 à 17.CP.VIII.39)
3^{ème} recueil

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Délibération n° 17.CP.IX.37 du 18 décembre 2017

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2018-2022 avec des Etablissements
d'Hébergement pour Personnes Handicapées.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération du Conseil départemental n° 15-206 du 2 avril 2015,

VU le rapport présenté par M. le Président du Conseil départemental,

VU les absences de M. Didier BAZINET, de M. Pascal BOURDEAU et de Mme Sylvie CHEVALLIER du Groupe Socialiste et Apparentés,

VU les pouvoirs donnés à M. Jeannik NADAL par M. Didier BAZINET, à Mme Juliette NEVERS par M. Pascal BOURDEAU et à M. Jean-Fred DROIN par Mme Sylvie CHEVALLIER,

VU les absences de M. Thierry BOIDÉ et de M. Adib BENFEDDOUL du Groupe Le Rassemblement de la Dordogne,

VU les pouvoirs donnés à M. Pascal PROTANO par M. Thierry BOIDÉ et à Mme Natacha MAYAUD par M. Adib BENFEDDOUL,

LA COMMISSION PERMANENTE, à l'unanimité des membres présents ou représentés,

APPROUVE les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens ci-annexés, à conclure avec l'Etablissement Public Départemental (EPD) de Clairvivre, l'association départementale d'aide à la santé mentale Croix Marine et l'Association Les Papillons Blancs de Bergerac,

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à les signer, au nom et pour le compte du Département.

Déposée au Contrôle de légalité le 22 Décembre 2017 et publiée le 22 Décembre 2017.

Annexe à la délibération n° 17.CP.IX.37 du 18 décembre 2017.



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS - *Secteur Personnes Handicapées*

2018-2022

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

L'EPD de Clairvivre

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	10
1) Article 1 – L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	10
2) Article 2 – Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé	12
3) Article 3 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	12
3.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM relevant de la compétence de L'ARS.....	12
3.2 Les modalités de détermination des prix de journée des établissements et des dotations des services du CPOM relevant de la compétence du Département.....	13
3.3 Les modalités financières des établissements et services du CPOM	14
3.4 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM	14
3.5 Modalités de calcul de la Dotation Globalisée commune de référence	15
4) ARTICLE 4 – modalités communes	16
4.1 Engagements de l'EPD de Clairvivre.....	16
4.2 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	16
TITRE 2 – LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT.....	17
5) Article 5 – Le suivi et l'évaluation du contrat.....	17
6) Article 6 – Le traitement des litiges.....	19
7) Article 7 – La révision du contrat.....	20
8) Article 8 – La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans.....	20
LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM	21
ANNEXE N° 1 : SYNTHESE DU DIAGNOSTIC PARTAGE.....	22
ANNEXE N° 2 : FICHES ACTIONS	26
ANNEXE N° 3 : TABLEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS	85
ANNEXE N° 4 : INDICATEURS DE PERFORMANCE.....	93
ANNEXE N° 5 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE	94
ANNEXE N° 6 : PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL (PGFP)	95
ANNEXE N° 7 : SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE.....	97
ANNEXE N° 8 : BBZ DU FOYER D'HEBERGEMENT ET DU SAMSAH – BUDGET SOCIAL	138
ANNEXE N° 9 : BBZ DE L'ESAT, DU CRP ET DU SAMSAH – BUDGET SOINS.....	140

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu

Entre,

D'une part, **L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine**,
représentée par son Directeur Général, Monsieur Michel LAFORCADE,

Le Département de la Dordogne,

Représenté par le Président du Conseil Départemental, Monsieur Germinal PEIRO, dénommé
ci-après le Département,

D'autre part

L'EPD DE CLAIRVIVRE,

Représenté par son Directeur Général, Monsieur Jean-François Amadou

Visas et références juridiques :

Vu le code de l'action sociale et des familles et ses articles :

- L 313-11, L.313-12 et L.313-12-2 ;
- R 314-9 à 13, R 314-14 à 19, R 3214-21 à 25, R 314-36 à 39, R 314-44 à 47, R 314-49 à 55, R 314-72 et 73, R 314-79 et 84 ;
- R 314-20 relatif aux plans pluriannuels d'investissements ;
- R 314-39 à R 314-43 ainsi que le nouvel article R 314-43-1, R314-105 à 107, R 314-129 à 143, R 314-210 à 244 ;

- L 314-7 et R314-87 à 314-94, complétés par les articles R 314-94-1 et R314-94-2 relatifs aux frais de siège

Vu l'article 124 de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »), codifié à l'article L.312-8 du code de l'Action sociale et des familles, et le décret d'application n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des ESSMS ont modifié le calendrier des évaluations initialement prévu par la loi du 2 janvier 2002 ;

Vu le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne en faveur des Personnes Handicapées 2017 - 2022 ;

Vu le projet régional de santé 2018-2027 ;

Vu le PRIAC 2015-2019 ;

Vu l'article 75 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale 2016 ;

Vu la Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 ;

Vu la circulaire N° DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006 relative à la pluri-annualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs ESMS,

Vu la circulaire N°DGAS/SD5B/2007/111 du 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluri annualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens,

Vu la circulaire N° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

Vu l'arrêté de programmation N° 2016.84/DOSA/CD du 28 décembre 2016 de l'ARS Nouvelle Aquitaine et du conseil départemental de Dordogne ;

Vu la délibération du Conseil d'Administration en date du 20 octobre 2017 approuvant la démarche contractuelle et autorisant le Directeur à signer le présent contrat pluriannuel ;

Vu le diagnostic partagé et développement des axes stratégiques préalables à la contractualisation validé le 12 juin 2017

Vu la délibération n°..... de la Commission Permanente du Conseil départemental en date du 18 décembre 2017 autorisant Monsieur le Président du Conseil départemental à signer le présent contrat pluriannuel ;

Vu la décision du 21 novembre 2017 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule :

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, le département de la Dordogne et l'EPD de Clairvivre conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagement réciproque tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun.

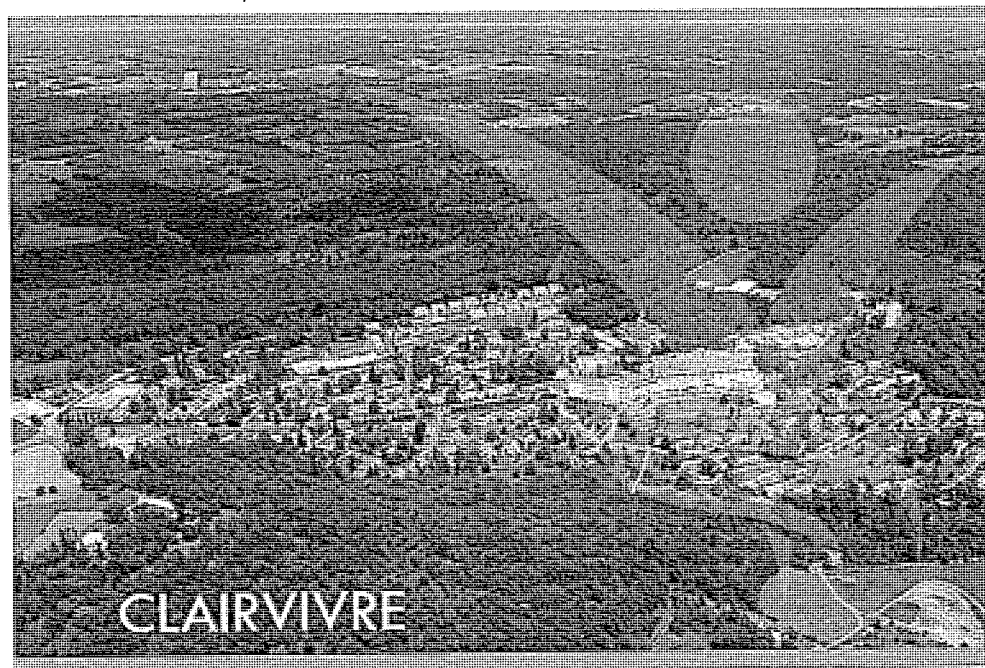
Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le département de la Dordogne et l'EPD de Clairvivre et repose notamment sur :

- un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement des axes stratégiques, de(s) établissement(s) et/ou de(s) services précités ;
- les obligations respectives de chacun des cocontractants ;
- des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- les modalités de fixation de la tarification ;
- La mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficacité coût/service rendu dans le respect des crédits impartis ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

Objet/ Fondement :

Le contrat permet la déclinaison par objectifs et par actions des orientations du Projet Régional de Santé, du Schéma Départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées et du projet institutionnel de l'EPD de Clairvivre.

SYNTHESE DU PROJET INSTITUTIONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DÉPARTEMENTAL (EPD) DE CLAIRVIVRE (2017 - 2021)



Établissement Public Départemental
Cité de Clairvivre
24160 SALAGNAC
Tél : 05.53.62.23.00
Fax : 08.05.63.90.76



Intégralité du projet disponible
sur le site de l'EPD Clairvivre

Cadre d'action du Projet Institutionnel

Le Projet Institutionnel (PI) définit la stratégie globale de l'EPD pour les cinq prochaines années. Le document a pour vocation de proposer une vision transversale du fonctionnement et des principes fondamentaux portés par les professionnels de l'EPD.

Le PI propose également les orientations d'avenir qui constitueront les objectifs d'évolution pour la période « 2017 -2021 », période effective de mise en œuvre du Projet.

NOS PRINCIPES FONDAMENTAUX

Dans le respect des lois de la République, de la Déclaration des droits de l'Homme et de la Charte des droits et des libertés, les personnels s'engagent à évaluer leurs pratiques et à les faire évoluer en permanence autour des principes suivants :

- ✓ le respect de la personne et de ses droits,
- ✓ la reconnaissance de la personne accueillie comme citoyen acteur au cœur du dispositif,
- ✓ le développement ou le maintien des capacités des personnes accueillies,
- ✓ l'expression de la personne accueillie et la considération de sa parole,
- ✓ l'implication de tous dans le service à rendre aux personnes accueillies.

Les professionnels s'engagent également à concevoir un projet individualisé pour chaque personne accueillie et à mettre en œuvre les moyens adéquats pour sa réalisation.

UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC

L'EPD est garant des valeurs du service public :

- ⇒ **Égalité** : elle implique l'absence de discrimination (selon l'origine, la religion, l'ethnie, l'âge, le sexe,...). À situation identique, les usagers doivent tous bénéficier des mêmes prestations.
- ⇒ **Neutralité** : le fonctionnement de l'établissement doit être guidé par l'intérêt général.
- ⇒ **Équité** : par la recherche d'une réponse adaptée aux besoins des usagers dans le cadre des missions fixées à l'établissement.
- ⇒ **Continuité** : par une obligation d'assurer le fonctionnement régulier du service.
- ⇒ **Adaptabilité** : l'établissement ne doit pas demeurer immobile face aux évolutions de la société.

NOS MISSIONS

L'EPD de Clairvivre a deux grandes missions :

- ✓ **Une mission médico-sociale** : il accueille et accompagne des personnes adultes handicapées au sein de quatre structures : l'ESAT Bertran de Born, le Foyer d'hébergement, le CRP et le SAMSAH. Ces établissements sont soutenus par des services transversaux.
- ✓ **Une mission commerciale** : gestion locative de logements et locaux commerciaux, vente d'eau et de chauffage.



L'action des établissements et services de l'EPD s'inscrit dans les principes réglementaires et notamment la loi du 2 janvier 2002

Les droits des usagers :

Pour chaque personne accueillie à l'EPD, il est remis :

- ✓ Le contrat de séjour, DIPC ou le contrat d'aide et de soutien par le travail
- ✓ Le livret d'accueil
- ✓ Le Règlement de fonctionnement
- ✓ La Charte des Droits et des Libertés

Le droit à l'expression et la participation des usagers :

Au-delà des possibilités offertes aux usagers de pouvoir exprimer leurs points de vue et de participer à la vie de chaque service, l'EPD propose un CVS commun pour le FH et l'ESAT et un CVS pour le CRP.

Cette instance donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'EPD.

LA POLITIQUE DE PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

L'EPD s'est engagé, depuis plusieurs années, dans une démarche de promotion de la bientraitance et de prévention des maltraitances auprès des personnes accueillies.



La bientraitance est une démarche collective pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.

Chaque personne accueillie doit pouvoir bénéficier d'un accueil et d'un accompagnement personnalisés contribuant au développement, au maintien et au rétablissement de son autonomie.

La mise en œuvre de la procédure institutionnelle de recueil, de traitement et d'analyse des incidents et événements indésirables est obligatoire sur l'ensemble du site.

L'EPD possède une Charte de la Bientraitance décrivant les engagements devant être portés par chacun.

LES SERVICES TRANSVERSAUX DE L'EPD

SERVICE RESSOURCES HUMAINES et FORMATION

- Accompagnement des salariés, gestion des payes....
- Plan de formation des professionnels.

SERVICE COMPTABLE ET FINANCIER

- Gère l'ensemble des aspects comptables, et la réglementation,
- Soutient les projets.

SERVICES TECHNIQUES

- Entretien et aménagement des bâtiments,
- Installation et maintenance,
- Sécurité des biens et des personnes,
- Transports des personnes et marchandises

SERVICE INFORMATIQUE

- Maintenance du parc informatique,
- Gestion du réseau,
- Hotline d'utilisation,
- Gestion de l'intranet,
- Suivi des applications métier.

SERVICE QUALITE

- Développer et coordonner les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs de la politique qualité EPD,
- Développement d'enquête de satisfaction,
- Pilotage du plan d'action global.

SERVICE COMMUNICATION

- Développer la communication externe,
- Créer des outils d'information et de communication interne favorisant l'information générale.

SERVICE LOGISTIQUE:

- Fourniture de repas, dans le cadre d'un self-service,
- Accueil avec présence d'un agent en permanence,
- Prestations de ménage dans les chambres et locaux,
- Déménagements et aménagements,
- Gestion du linge des personnes accueillies,
- Suivi des usagers sur le plan nutritionnel,
- Suivi et évaluation des démarches qualité et hygiène,
- Gestion de l'activité commerciale.

LES ORIENTATIONS D'AVENIR

CRP

1. Accéder à la certification AFNOR pour le CRP et le CPO.
2. Actualiser les modalités d'accompagnement.
3. Action Globale vers l'Insertion Socio-professionnelle (AGIS !).
4. Développer une action de formation FLE.
5. Obtenir l'agrément CléA et proposer les apprentissages CléA au sein des préparatoires du CRP.
6. Développer la multimodalité au sein des formations du CRP.
7. Installer nos actions d'orientation ou de formation sur les territoires de proximité.
8. Favoriser l'aboutissement de la réinsertion professionnelle.

SAMSAH

1. Développement du SAMSAH par une augmentation du nombre de places et le développement de l'activité du service dans le Terrassonnais.
2. Développement de l'offre de prestations par la mise en place d'un service d'accueil de jour itinérant et le développement de l'aide aux aidants.

ESAT

1. La reconnaissance des compétences.
2. Le rapprochement avec les services transversaux.
3. L'ouverture vers le milieu ordinaire.
4. Le projet mobilité.
5. Création d'un atelier de transition pour jeunes d'IME, ouvriers préparant la retraite ou ceux ayant des besoins de rupture.
6. Diversification des activités de l'ESAT

FH

1. Prise en compte de l'évolution du public
2. Améliorer l'accueil des entrants.
3. Création de l'accueil de jour.
4. Création d'un foyer occupationnel.
5. Création de places d'accueil temporaire.

LA DEMARCHE « QUALITE » TRANSVERSALE A L'EPD

Axe 1 : Le respect des Droits des usagers :

- ⇒ mise en place d'une enquête de satisfaction, l'évolution du CVS, la constitution du dossier unique de l'utilisateur informatisé, la révision régulière des outils de la loi du 2 janvier 2002 et la participation des usagers.

Axe 2 : Protection des personnes et des biens :

- ⇒ amélioration de la signalétique, du traitement des événements indésirables, de la formalisation du circuit du médicament, de la rédaction des protocoles d'urgence ou de la politique de bientraitance.

Axe 3 : Accompagnement de la personne accueillie :

- ⇒ actualisation de la procédure du Projet individuel, développement des partenariats, ...

Axe 4 : Ouverture de l'établissement sur son environnement :

- ⇒ journées portes ouvertes, participation aux marchés locaux, veille active sur les actions locales...

Axe 5 : Organisation de l'établissement :

- ⇒ mise en place de la gestion des risques, enquête de satisfaction auprès des professionnels, formalisation de la politique d'achat, formations sur la prévention des maltraitements...

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) ARTICLE 1 – L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire

Un peu d'histoire ...

Clairvivre, première cité sanitaire française, a été créée en 1933. La cité comprenait des logements destinés aux tuberculeux et à leur famille, un hôpital, un service social, une école, une salle de spectacle et divers commerces. Au fil du temps, l'établissement fut transformé en sanatorium, puis fut créé le Centre de Rééducation Professionnelle et le Centre d'Aide par le Travail pour accueillir des personnes handicapées de toute nature.

Aujourd'hui ...

L'Établissement Public Départemental comprend diverses structures pour accompagner au mieux les personnes handicapées.

L'ESAT accueille des personnes adultes handicapées qui ne peuvent momentanément ou durablement exercer une activité professionnelle en « milieu ordinaire » de travail. L'ESAT s'articule autour de 3 pôles d'activité : l'industrie, les services et l'agriculture. Ce large éventail d'activité de production et l'accompagnement médico-social associé, permettent à chaque personne accueillie de pouvoir s'épanouir, de développer ses potentialités et son projet professionnel.

Le Foyer d'Hébergement de 200 places assure d'une part un accompagnement médico-social individualisé et d'autre part, des formes diversifiées d'hébergement pour les ouvriers de l'ESAT. Les professionnels du FH ont pour objectif de contribuer à l'épanouissement, au bien-être et à la santé des personnes accueillies, de favoriser l'acquisition ou la progression dans les actes de la vie quotidienne et de développer la socialisation.

Le SAMSAH d'une capacité d'accueil de 20 personnes a pour mission d'accompagner à leur domicile des personnes adultes handicapées dans la réalisation de leur projet de vie, dans les domaines de la vie sociale et familiale, dans les actes de la vie quotidienne, dans l'accès aux soins. Le SAMSAH intervient sur un rayon kilométrique de 30 à 40 kms autour de Clairvivre.

Le CRP propose un panel de dispositifs permettant à chaque individu de suivre un parcours de formation adapté en vue d'une réinsertion socioprofessionnelle durable, en adéquation avec son projet de vie. L'équipe pluridisciplinaire accompagne au quotidien les stagiaires à la fois sur les temps de formation et hors temps de formation. Le CRP peut accueillir 250 stagiaires.

- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
- Le référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ces établissements et services.

N° FINESS	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Statut ou Convention Collective	Capacités autorisées et installées / files actives effectives à la date d'effet du CPOM
240 000 315	Centre de Rééducation Professionnelle (CRP)	FPH titre IV	341
240 000 085	Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT) BPAS	FPH titre IV	200
240 000 807	Foyer d'Hébergement (FH)	FPH titre IV	200
240 014 142	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	FPH titre IV	20

- Les projet(s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu(s) susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM ;

ESMS	Capacité initiale	Diminution ou augmentation de capacité	Places redéployées vers ESMS
FH	200	-30	15 en FO
FH		-2	2 en accueil temporaire + 2 en accueil de jour
FH		-2	8 en SAVS
SAMSAH	20	+6	
ESAT	200	+5	Création d'un ESAT hors murs sur le territoire de Terrasson

- Partenariat(s) existant(s) et formalisé(s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services

L'EPD de Clairvivre est adhérent au GCS Santé Mentale 24.
L'EPD de Clairvivre est signataire du CLS Nord Dordogne.
Le FH de Clairvivre est adhérent du GCSMS Sport Adapté 24.

L'ESAT de Clairvivre est adhérent du GCSMS différent et compétent de l'ancienne Aquitaine.
L'EPD est signataire de la Convention solidaire du groupement créé dans le cadre de l'appel à projet d'accompagnement des jeunes en situation Creton.
L'ESAT de Clairvivre est signataire de conventions avec les IME : Fondation de Selves, Fondation de l'Isle et IME Bayot Sarrazi dans le cadre d'immersion de jeunes IME en ESAT.

2) ARTICLE 2 – OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Six orientations stratégiques ont été définies et déclinées en plusieurs objectifs. Les six orientations stratégiques sont les suivantes :

- Placer la personne handicapée au cœur de son projet
- Placer la qualité de l'accompagnement, de la prise en charge au cœur du dispositif
- Accompagnement, prévention, promotion de la santé
- S'engager dans la logistique de demain
- Rationalisation des moyens, recherche d'efficience
- Réponse accompagnée pour tous

3) ARTICLE 3 – MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

Les établissements et services faisant l'objet d'un CPOM doivent présenter un EPRD (état des prévisions de recettes et de dépenses) dans les conditions prévues à l'article L313-12-2 du CASF. L'EPRD s'applique à compter de l'année suivant la signature du CPOM.

Dans le cadre de la remise de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 31 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retrace par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

3.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM relevant de la compétence de L'ARS

Les dispositions budgétaires et financières sont mises en œuvre dans le cadre de la politique régionale d'allocation de ressources de l'ARS, déclinée dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et du périmètre des Dotations Régionales Limitatives (DRL) allouées par le niveau national.

Le financement des établissements et services de l'EPD de Clairvivre, entrant dans le champ d'application du contrat, est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12-2 et R.314-39- à R314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le contrat repose sur le principe d'un financement pluriannuel permettant une simplification de la procédure budgétaire. Il est dérogé à la procédure budgétaire annuelle prévue au II de l'article L.314-7 du CASF.

La tarification annuelle prend la forme d'une dotation globalisée commune (DGC) :

- Une DGC propre aux établissements et services financés en tout ou partie par l'Assurance Maladie

La DGC financée par l'Assurance Maladie sera actualisée :

- au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB),
- dans le respect des dispositions réglementaires y afférent.

L'EPD de Clairvivre reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

L'EPD de Clairvivre peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs (principe de non fongibilité des financements) et des articles R314-45 et R314-46 (avant EPRD) puis R314-227 et 228 (sous EPRD), procéder librement au cours de l'exercice à :

- tous les virements de crédits au sein et entre groupes fonctionnels des établissements et services,
- des décisions budgétaires modificatives concomitantes en dépenses et en recettes entre tous les établissements et services.

En conséquence, il appartient à l'EPD de Clairvivre de procéder, si besoin et pendant l'année, à toutes les réaffectations et redéploiements rendus possibles par la souplesse de gestion qu'offre la dotation globalisée dans la limite de son montant et dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs.

Les décisions budgétaires modificatives sont prises en compte dans le cadre d'une décision tarifaire modificative.

3.2 Les modalités de détermination des prix de journée des établissements et des dotations des services du CPOM relevant de la compétence du Département

Le financement des établissements et services de l'EPD de Clairvivre est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12-2 et R.314-39 à R.314-43-1 du CASF. Le contrat ne peut déroger aux règles d'établissement et de transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et d'un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

- Modalités de fixation annuelle de la tarification :

Le contrat fixe par groupes fonctionnels les budgets base zéro (BBZ) des établissements et services de l'EPD de Clairvivre (cf. annexe). Il prévoit également pour sa durée les modalités de fixation annuelle de la tarification.

En l'occurrence, il est convenu d'appliquer aux BBZ annexés une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation :

Tarif N+1 =

Base reconductible des tarifs (BBZ la première année)

– dépenses rejetées CA N-1 ou N-2

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

– reprise éventuelle du résultat N-1 ou N-2
conformément aux dispositions du présent contrat

/ activité prévisionnelle

- Détermination de l'activité prévisionnelle retenue :

Dans la phase de transformation de places, un suivi trimestriel de l'activité sera mis en œuvre afin de permettre une révision des prix de journée.

L'EPD de Clairvivre transmet, au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle. Dans un délai de 60 jours, le Conseil départemental peut transmettre ses observations sur ces prévisions.

3.3 Les modalités financières des établissements et services du CPOM

Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI 2018 - 2022) approuvé le 20/10/2017 par le conseil d'administration fera l'objet d'une annexe au présent contrat.

Toute révision importante du PPI, de son plan de financement ou des emprunts, lorsque ces modifications sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges de la section d'exploitation, font l'objet d'une approbation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ou du Département, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R314-20 du CASF.

3.4 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

La dotation globalisée commune se caractérise par des établissements et services financés par l'Assurance Maladie.

La dotation globalisée commune est arrêtée respectivement en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

La DGC octroyée à l'EPD de Clairvivre fait l'objet d'une décision tarifaire qui mentionne :

- le montant de la dotation annuelle globalisée de fonctionnement,
- la quote-part de cette dotation annuelle globalisée commune pour chacun des établissements et services.

A réception de la notification de l'allocation des moyens adressés par l'ARS, l'EPD de Clairvivre transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement.

Pour la DGC propre aux établissements et services financés par l'Assurance Maladie, la décision tarifaire précitée indique également les tarifs journaliers, pour les établissements et services qui y sont soumis, opposables aux régimes d'Assurance Maladie en application de l'article L.242-4 du CASF.

En cours d'exercice budgétaire, il peut être procédé, par décision modificative des établissements et services concernés, à une nouvelle répartition de la dotation annuelle globalisée, dans la limite de son montant et le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs.

La dotation annuelle globalisée commune est versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF.

Elle est actualisée dans les conditions prévues à l'article 4 du présent contrat.

3.5 Modalités de calcul de la Dotation Globalisée commune de référence

La ou les DGC de référence est (sont) déterminée(s) de manière à permettre notamment d'assurer la reconduction, actualisée chaque année en fonction des règles définies supra, des ressources allouées lors de l'exercice de l'année N-1.

La détermination de la DGC prend en compte le résultat du diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire ainsi que le montant des bases reconductibles de chacune des structures entrant dans le périmètre du CPOM.

le CAS ECHEANT pour les primo CPOM :

- A compter de la signature du CPOM en N les résultats N-1 et N-2 seront arrêtés et affectés au regard de l'application de l'article R 314-51 du CASF

La DGC se répartit comme suit :

Les dotations s'entendent par la base reconductible de chaque établissement au 01/01/N
(base budgétaire reconductible avant application de l'actualisation, hors CNR et résultats)

Finess	Etablissements	Dotations Assurance-Maladie (en €)
240000315	CRP CLAIRVIVRE	10 034 516,90 €
240004085	ESAT BERTRAND DE BORN	2 704 615,89 €
240014142	SAMSAH CLAIRVIVRE	283 905,00 €
TOTAL GENERAL		13 023 037,79 €

Pour information : voir l'annexe 8 pour les budgets financés par le Conseil départemental.

4) ARTICLE 4 – MODALITES COMMUNES

4.1 Engagements de l'EPD de Clairvivre

Le gestionnaire s'engage à:

- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité comme indiqué ci-dessous :
 - pour le CRP : 90% de la moyenne des journées réalisées au cours des trois années précédentes
 - pour l'ESAT : 90% du taux d'occupation théorique
 - pour le FH : 90% de la moyenne des journées réalisées au cours des trois années précédentes rapportée à l'évolution du nombre de place
 - pour le FO : 92% du taux d'occupation théorique
- respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).
- Contribuer à la construction des parcours de vie sur le territoire avec des partenariats formalisés avec les institutions et professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, du service public de l'emploi, des bailleurs sociaux ;
- Motiver les refus d'admission à l'issue d'une décision d'orientation de la CDAPH ;
- Utiliser le futur Système d'Information « suivi des orientations » qui doit permettre de mieux suivre les orientations prononcées par la CDAPH ;
- Se positionner en tant que coordonnateur de parcours dans le cadre d'un PAG.

4.2 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

S'agissant des résultats, le principe retenu est celui de la non reprise des résultats par la ou les autorités de tarification.

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs et conformément aux règles d'affectation définies aux articles R 314-232 à 237.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service.

L'ARS et le Département conservent la possibilité de réformer le résultat (article R.314-236 du code de l'action sociale et des familles) si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat.

Ainsi, il est convenu que les résultats excédentaires seront affectés au regard des deux volets suivants mais prioritairement à la réserve de compensation jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la base reconductible de chaque établissement et en tout état de cause un montant de réserve égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM.

➤ Volet investissement :

- Affectation à la réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié au PPI validé dans le cadre de la négociation du contrat,
- Affectation à la réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI

➤ Volet Qualité

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM (ex : financement de formations...)

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

TITRE 2 - LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT

5) ARTICLE 5 – LE SUIVI ET L'EVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Il est créé un comité de suivi du présent contrat, composé de la façon suivante :

- Des représentants de l'ARS Nouvelle Aquitaine ;
- Des représentants du Conseil départemental, Direction Générale Adjointe de la Solidarité et de la Prévention (DGA-SP) ;
- Le Directeur Général de l'EPD de Clairvivre et les directeurs adjoints
- La responsable du service comptable
- La responsable des Ressources Humaines

Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

- Documents à produire :

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et financiers, revue des objectifs (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc.

L'EPD de Clairvivre transmettra au 30 avril de chaque année une synthèse de la réalisation des objectifs et des engagements fixés par le contrat sur l'année N-1 (non applicable sur la 1^{ère} année de signature d'un CPOM) au regard notamment des indicateurs fixés.

- Sur la base de ces documents, et en complément des tableaux de bord et indicateurs de performance, une analyse sera effectuée à mi-parcours ou avant le 31 décembre si besoin, par le comité de suivi, notamment sur les écarts entre les objectifs fixés et le degré de réalisation et sur les motifs de ces écarts.
- Une concertation sera engagée entre les parties afin de procéder, le cas échéant, à des ajustements.

Par ailleurs, l'EPD de Clairvivre transmettra à l'ARS Nouvelle Aquitaine ainsi qu'au département de la Dordogne pour les structures intéressées les documents suivants :

❖ Concernant l'année budgétaire N de signature du CPOM (hors EPRD) :

- au 31/10/N : une annexe activité
- au 30/04/N+1 : un compte administratif relatif à l'année budgétaire, conforme aux articles R314-59 et 60 du CASF
- L'article R314-39-1 du CASF indique que les budgets de commercialisation et de production des ESAT sont retracés au CPOM. L'EPD de Clairvivre transmettra dans ce cadre le CA de l'exercice N de l'ESAT

❖ A compter de l'année N+1 de signature (entrée sous EPRD) et sur la durée du CPOM :

- le gestionnaire dispose, chaque année, de 30 jours après la notification de la ressource par l'autorité de tarification (le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune des deux autorités) pour transmettre :

↳ un EPRD conforme à l'article R 314-213 du CASF :

- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
- au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.
- Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219)

❖ A compter de l'année N+2 de signature et sur la durée du CPOM (entrée en EPRD)

L'EPD de Clairvivre dépose au plus tard le 30 avril de chaque année:

- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF
- l'ERRD des volets commerciaux et de production de l'ESAT

- Les dialogues de gestion

En lieu et place de la procédure budgétaire contradictoire, un dialogue de gestion permettra de s'assurer de l'atteinte des objectifs contractualisés qui s'appuieront

notamment sur le tableau de bord et les indicateurs de la performance et qui feront l'objet d'une annexe.

Un dialogue de gestion budgétaire pourra être envisagé annuellement, mais pas de façon systématique, et sous forme allégée.

Le comité de suivi se réunit à deux reprises au cours du contrat :

- au cours de la troisième année, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires ; Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.
- au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.
- Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, il pourra être demandé d'ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

6) ARTICLE 6 – LE TRAITEMENT DES LITIGES

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'accord amiable, le différend pourra être porté devant la juridiction compétente.

7) ARTICLE 7 – LA REVISION DU CONTRAT

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

8) ARTICLE 8 – LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DU CPOM ET LA DUREE DU CPOM DE 5 ANS

La date d'entrée en vigueur du CPOM est fixée au 1^{er} janvier 2018. Sa durée est fixée à 5 ans soit jusqu'au 31 décembre 2022.

Fait le

Pour le Directeur
de l'Agence Régionale de Santé
de Nouvelle-Aquitaine,
La Directrice de la Délégation
Départementale de Dordogne,

Le Directeur Général
de l'EPD de Clairvivre

Le Président du Conseil
Départemental de la Dordogne

LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires comme le corps du contrat.

➤ **Les annexes suivantes sont obligatoires et communes à tous les CPOM. Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM.**

- ANNEXE N° 1 : SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC PARTAGE
- ANNEXE N° 2 : FICHES ACTIONS
- ANNEXE N° 3 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS
- ANNEXE N° 4 : INDICATEURS DE PERFORMANCE
- ANNEXE N° 5 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE
- ANNEXE N° 6 : PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL (PGFP)
- ANNEXE N° 7 : SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION EXTERNE
- ANNEXE N° 8 : BBZ DU FOYER D'HÉBERGEMENT ET DU SAMSAH – BUDGET SOCIAL
- ANNEXE N° 9 : BBZ DE L'ESAT, DU CRP ET DU SAMSAH – BUDGET SOINS

ANNEXE N° 1 : SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Synthèse diagnostic partagé CPOM CLAIRVIVRE

Relevé de notes de la Réunion du 03/05/2017

- 4 autorisations, certaines à revoir notamment l'ESAT et le FH
 - 200 places d'ESAT avec internat : ne correspondent plus aux attentes des PH
 - Quid des personnes à la retraite qui souhaitent rester à Clairvivre à l'issue de leur vie professionnelle : idée de reconversion de places de FH
- Problème de localisation de l'EPD :
 - Nécessité d'aller là où les gens vivent avec maintien d'un établissement ressource, d'un plateau ressource.
- Le FH :
 - besoin de diversifier l'offre :
 - actuellement 10 à 15 places vacantes
 - envisager la transformation de 30 places de FH en 15 de Foyer occupationnel,
 - créer une unité hors site, par exemple à Excideuil, contact avec le lycée d'Excideuil
 - développer de nouvelles modalités d'hébergement intra-muros :
 - la création d'un pavillon dédié aux entrants pour leur permettre de s'adapter, de s'intégrer (6-9 mois)
 - la mise en co-location de pavillons
 - réorganiser les étages du bâtiment principal
 - créer un accueil de jour dans le cadre de l'aide au répit ; aujourd'hui l'AJ pour les résidents du FH se fait à titre dérogatoire pour résidents en AM ou en congés
 - développer les séjours de rupture
 - au FH, projet de transformer les chambres du bâtiment principal :
 - 2 chambres transformées en studio
 - Impossible de climatiser
 - Etablissement en pleine mutation, nécessité de répondre à un parcours de vie sans rupture
 - La ½ des résidents ont entre 40 et 50 ans
- L'ESAT :

- Travail de diversification des activités à faire ;
- Une chance : activités agricoles (ferme laitière, ferme d'élevage) ;
- Besoin de multiplier les ateliers pour proposer des activités professionnelles différentes ;
- Projet d'atelier de transition qui viendrait en plus du SAJ du FH notamment pour les jeunes en provenance d'IME, temps d'adaptation, de soutien.
- Besoin de sortir des murs : projet de marchés, d'ESAT hors les murs ;
- Image fausse et négative de Clairvivre auprès de la population environnante : besoin de faire venir les gens pour faire évoluer les mentalités.
- Projet de reprise de la buanderie pour l'ouvrir sur l'extérieur
- Le CRP :
 - Désir de diversification ;
 - Propose 2 nouvelles formations :
 - FLE (français langues étrangères) ;
 - AGIS (accompagnement global vers l'insertion socio-professionnel) pour personnes marginalisées ; Faire venir les personnes à Clairvivre permet de les sortir de leur environnement, de leur réseau ; Evolution en marche : la formation professionnelle n'est plus le seul but, la dimension insertion sociale est de plus en plus importante ;
 - Autres enjeux : multimodalité au sein des formations, enseignement distanciel pour les personnes qui ne veulent pas quitter leur famille ;
 - Retard concernant la section préorientation de Boulazac : construction retardée, envisagent une location mais difficile à trouver. Constat que les personnes qui viennent en préorientation deviennent plus mobiles par la suite ;
 - Projet d'ouvrir une section préorientation à Brive.
 - Au CRP, écroulement de l'activité en début d'année 2017 :
 - Situation multifactorielle
 - M. AMADOU a mis en place un plan de diminution des dépenses notamment le non renouvellement de contrats + plan de communication pour relancer les prescripteurs (recrutement national) ;
 - 2M€ d'économies à trouver sinon licenciements (60 à 70 ?)
 - veut proposer à l'ARS l'utilisation d'une provision pour perte pour servir à compenser la diminution de l'activité à hauteur de 1,4M€. Objectif : ne pas plomber le CRP

- Le SAMSAH :
 - Aujourd'hui beaucoup de demandes autour du Terrassonais, projet de développer une antenne sur Terrasson pour répondre à un besoin de proximité et de diminution des coûts de transport ;
 - Travaillent en partenariat avec l'équipe psychiatrique du secteur ;
 - Aujourd'hui pas de demande sur le secteur Nord Est du Département ;
 - Augmenter la capacité de 20 à 26 places hors AAP à enveloppe constante ;
 - Mise en place d'un service itinérant
 - Durée moyenne des accompagnements : 18 mois.
- Services logistiques :
 - 320 ETP, environ 350 salariés. Taux de personnel important notamment sur les fonctions logistiques (existence d'un service voierie), ratio services logistiques > aux autres établissements. Les évolutions vont prendre du temps mais nécessité de rechercher l'efficience notamment en logistique par redéploiement ou reconversion des moyens vers le cœur de métier ;
 - Exemple de recherche d'efficience :
 - l'établissement assure et entretient 150 véhicules dont 17 légers. A l'arrivée de Monsieur AMADOU, il y avait 9 chauffeurs qui allaient tous les jours à Périgueux. Aujourd'hui, il n'y en a plus que 6 (objectif : 5) ; projet de laisser la possibilité d'emprunter un véhicule aux personnes les plus autonomes ;
 - au niveau de la cuisine, réflexion autour de la mise en place de liaison froide le WE. Aujourd'hui même effectif de personnel le WE que la semaine alors qu'il y a moins de résidents.
 - Réflexion autour des circuits courts
 - Développer les activités commerciales
- analyse financière :
 - situation financière saine, CAF ok, grâce aux efforts de gestion des précédents directeurs
 - En contrepartie, taux de vétusté élevé : 84,33%
 - Fonds de roulement : 7,5 M€, excédent fonds de roulement : 221.620 €
 - Montant de la trésorerie : 7,8 M€
 - Montant des provisions : 5 M€,
- Personnel médical :
 - 3,28 médecins à Clairvivre
 - CRP :

- Besoin de temps de médecins qui ont un travail
- de généraliste, besoin de temps de médecin spécialisé (psychiatre).
Même au FH, de plus en plus de personnes avec problèmes psy
- MSP abandonnée sur Excideuil, projet actuel sur 2 sites (Lanouaille et Excideuil)
- Projet de centre médical travaillé du temps de M. MOREL
- Les médecins libéraux ne veulent pas de la population de Clairvivre. Actuellement reste 2 médecins sur Excideuil
- Nécessité de maintenir les médecins à Clairvivre mais ok pour réduire leur nombre (3 médecins pour 500 personnes alors qu'ailleurs 1 pour 1.000) ; 2 départs à la retraite l'année prochaine ;
- Au FH :
 - 4 IDE
 - Préparation des médicaments par pharmacie de Génis (piluliers préparés 6 semaines à l'avance)
 - Ouverture de l'infirmerie : 7h – 20 h en semaine assurée par 2 IDE et 7h – 15h le WE (1 IDE)
 - Les IDE distribuent les médicaments saufs les soirs de WE, accompagnent aux RDV médicaux selon les besoins
 - Situation privilégiée, résidents parfois un peu trop « cocoonés »
- Développement durable, santé environnementale :
 - Mise en avant de la chaudière à la sciure de bois : moins de rejet, composé à 80% d'eau
 - Mise en place du tri
 - Quasi injonction de l'ARS de travailler avec centrales d'achat alors que le PCD promeut les circuits courts : injonction paradoxale
 - Coûts identiques car centrales d'achats facturent les frais de transport
 - Sur le Groupement hospitalier du territoire, Monsieur AMADOU attend de voir ce qu'ils proposent
- Ouverture sur l'extérieur
 - Projet de rapprochement avec Hautefort (M. BOUCHAIB)
 - Idée de M. AMADOU de création d'un GCSMS de moyens : pas ou peu d'écho auprès de ses collègues (Lanouaille, Excideuil, Hautefort, Thiviers), craintes +++
 - Clairvivre, signataire du CLS Nord Dordogne
 - Possibilité de collaboration avec le GEM de Terrasson

ANNEXE N° 2 : FICHES ACTIONS

ORIENTATION STRATEGIQUE 1 : LA PERSONNE HANDICAPEE AU CŒUR DE SON PROJET

1.1 - Objectif transversal : Faire du Conseil de Vie Sociale une instance incontournable de concertation et de propositions.....	28
1.2 - Objectif spécifique : CRP - Accompagnement des temps libres des personnes accueillies.....	29
1.3 - Objectif spécifique : L'accompagnement individualisé au CRP.....	30
1.4 - Objectif spécifique : Développer l'intégration des ouvriers de l'ESAT dans le tissu économique.....	32
1.5 - Objectif spécifique : ESAT - Renforcer la place de la famille.....	33

ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : LA QUALITE AU CŒUR DU DISPOSITIF

2.1 – Objectif transversal : Développer l'appropriation de la démarche d'amélioration continue de la qualité, Evaluation, Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ).....	35
2.2 - Objectif transversal : Sécurité des locaux – Généralisation de la détection incendie dans les locaux d'hébergement.....	37
2.3 - Objectif transversal : Promotion de la bientraitance – prévention de la maltraitance.....	38
2.4 - Objectif transversal : Humanisation des locaux d'hébergement et de formation – sécurité et humanisation des locaux.....	40
2.5 - Objectif spécifique : Accéder à la certification AFNOR pour le CRP et le CPO.....	42
2.6 - Objectif spécifique : FH - Diversifier les modalités d'hébergement.....	44
2.7 - Objectif spécifique : FH - Développer de nouvelles formes d'accompagnement, Adapter l'offre aux évolutions du public accueil, Faire vivre des collectifs plus restreints.....	45

ORIENTATION STRATEGIQUE 3 : ACCOMPAGNEMENT / PREVENTION / PROMOTION DE LA SANTE

3.1 - Objectif transversal : ESAT / SAMSAH / FH / CRP - Promouvoir l'Etat de bonne santé.....	46
3.2 - Objectif spécifique : Accompagnement médical et paramédical des stagiaires du CRP	49
3.3 - Objectif spécifique : FH : prévention vie affective et intime.....	51

ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : S'ENGAGER DANS LA LOGISTIQUE DE DEMAIN

4.1 - Objectif transversal : Efficience : Développer une politique de transport fondée sur l'efficience ; Développement Durable : Améliorer la gestion de la flotte de véhicules.....	52
4.2 - Objectif transversal : Améliorer le traitement et la distribution de l'eau : Améliorer la qualité de l'eau potable distribuée, Améliorer la qualité des rejets de la station d'épuration à boue activée, Continuer à réduire le risque légionnelle au sein des réseaux ECS (Eau Chaude Sanitaire).....	53
4.3 - Objectif transversal : Développement Durable : Améliorer l'efficience énergétique des bâtiments et équipements.....	55
4.4 - Objectif transversal : Améliorer la gestion des déchets.....	56
4.5 - Objectif transversal : S'engager dans une démarche environnementale dans l'entretien des espaces-Verts.....	57
4.6 - Objectif transversal : Développer l'accessibilité des locaux, Compléter l'inventaire de l'accessibilité des locaux de l'établissement, Rendre accessible nos supports de communications.....	58
4.7 - Objectif transversal : Rationaliser les achats au sein de l'EPD afin d'accroître leur efficience pour améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies.....	59

ORIENTATION STRATEGIQUE 5 : EFFICIENCE

5.1 - Objectif transversal : Développer une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour mettre en adéquation les moyens humains avec les nouveaux besoins des personnes accompagnées.....	61
5.2 - Objectif transversal : Développer l'efficacité de la production et de la distribution des repas.....	62

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

6.1 - Objectif transversal : Partager l'expertise acquise par l'institution auprès des partenaires et prescripteurs.....	63
6.2 - Objectif transversal : Ouverture de l'établissement vers l'extérieur.....	65
6.3 - Objectif transversal : CRP – Installer les actions d'orientation et de formation sur les territoires de proximité – SAMSAH – Installer une antenne sur le Terrassonnais.....	67
6.4 - Objectif transversal : ESAT / FH / CRP / SAMSAH - Répondre aux appels à projet, aux appels à candidature.....	69
6.5 - Objectif spécifique : CRP - Permettre la préparation et si possible l'obtention du certificat CléA*....	70
6.6 - Objectif spécifique : CRP - Le déploiement de formations multimodales*.....	71
6.7 - Objectif spécifique : CRP - Créer et développer un dispositif FLE (Français Langue Etrangère).....	73
6.8 - Objectif spécifique : CRP - Favoriser la réinsertion socio-professionnelle des personnes accueillies.....	75
6.9 - Objectif spécifique : CRP - Créer et développer un dispositif "AGIS !" Action Globale vers l'Insertion Socio-professionnelle.....	77
6.10 - Objectif spécifique : ESAT - Adapter l'offre aux besoins et au territoire ; Être établissement ressources (en perspective d'amélioration).....	79
6.11 - Objectif spécifique : FH / SAMSAH - S'inscrire dans le cadre national de la politique d'aide aux aidants.....	82
6.12 - Objectif spécifique : SAVS - Répondre à de nouveaux besoins sur le territoire.....	83
6.13 - Objectif spécifique : Création d'un foyer occupationnel pour adulte handicapé par transformation de places FH.....	84

ORIENTATION STRATEGIQUE 1 : LA PERSONNE HANDICAPEE AU CŒUR DE SON PROJET

FICHE ACTION N°1.1

Objectif transversal :

Faire du Conseil de Vie Sociale une instance incontournable de concertation et de propositions

Constats :

- Peu de candidatures de stagiaires du CRP aux fonctions de représentant des personnes accueillies,
- Faible taux de participation aux élections,
- Difficultés pour les stagiaires à voir l'utilité du Conseil de Vie Sociale du fait d'une durée de séjour au CRP courte qui ne leur permet pas de constater le fruit de leurs actions,
- Difficulté pour les travailleurs et les résidents à s'exprimer face à la prépondérance de la parole des représentants du CRP.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Développer l'information sur le rôle du Conseil de Vie Sociale et des représentants : 2018 – 2019,
- Créer deux Conseils de Vie Sociale distincts l'un pour les représentants des travailleurs et résidents ; l'autre pour les stagiaires du CRP : 2017,
- Créer une instance de parole et de concertation pour les représentants du SAMSAH : 2018,
- Prévoir l'élection de suppléant pour les représentants des familles : 2017,
- Participer aux réunions du CVS départemental – Personnes handicapées : 2018.

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Animation de réunions d'information sur le rôle du Conseil de Vie Sociale par la CESF,
- Développer des moyens d'affichage attractifs,
- Former les représentants.

- Le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

- Coût de formation des représentants

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Taux de participation aux élections,
- Nombre de candidatures,
- Suivi des avis émis par le Conseil de Vie Sociale

Perspectives d'améliorations :

- Rendre les personnes accueillies davantage actrices de leur vie dans l'établissement,
- Développer la force de proposition des personnes accueillies en matière d'amélioration de la vie quotidienne.

ORIENTATION STRATEGIQUE 1 : LA PERSONNE HANDICAPEE AU CŒUR DE SON PROJET

FICHE ACTION N°1.2

Objectif spécifique :

CRP - Accompagnement des temps libres des personnes accueillies au CRP

Constats :

- Les stagiaires du CRP sont originaires de l'ensemble des départements. De ce fait la quasi-totalité des personnes accueillies est hébergée sur l'établissement en semaine et en moyenne 25% d'entre eux le week-end.
- Certains souhaitent assurer leurs loisirs en toute autonomie, et d'autres demandent locaux, matériels ou accompagnements pour ces activités.
- L'absence de permis de conduire et/ou de véhicule pour une frange non négligeable des personnes accueillies accentue les demandes de loisirs au sein de l'établissement.
- L'isolement de l'établissement se conjugue avec une offre de loisirs restreinte sur le territoire.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Développer la diversité des offres de loisirs proposés
- Elargir les modes d'accompagnement « loisir »
- Développer des partenariats avec les structures de sports et loisirs

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Diversifier les compétences des professionnels en place
- Pérenniser la diversité des professionnels d'accompagnement aux loisirs et aux sports.

- le cas échéant, en matière de coopération :

Conventionner avec des partenaires et consolider les partenariats existants

Ressources dégagées nécessaires :

- Transformation de postes

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Taux de participation aux activités proposées

Perspectives d'améliorations :

- Améliorer la qualité de vie dans l'établissement
- Limiter l'oisiveté des stagiaires
- Améliorer ou maintenir l'aptitude physique des stagiaires
- Promouvoir une ouverture sur le monde culturel
- Développer les capacités créatives
- Favoriser le développement de compétences sociales

ORIENTATION STRATEGIQUE 1 : LA PERSONNE HANDICAPEE AU CŒUR DE SON PROJET

FICHE ACTION N°1.3

Objectif spécifique :

L'accompagnement individualisé au CRP

Constats :

- Le CRP a mis en place en 2010 un accompagnement individualisé formalisé. Actuellement, chaque stagiaire bénéficie d'un accompagnateur référent du projet (ARP), qui tente de recueillir auprès de lui des éléments de son parcours antérieur ainsi que ses attentes vis-à-vis de l'accompagnement par l'équipe. Cet ARP peut être n'importe quel membre de l'équipe interdisciplinaire, qui assure cette fonction auprès de cinq stagiaires en plus de sa mission cœur de métier. Il est le lien privilégié entre la personne accueillie et les membres de l'équipe interdisciplinaire.
- L'accompagnement est construit autour de réunions d'accompagnement du projet au cours desquelles est élaboré avec la personne accueillie un plan d'actions individualisé. Nous constatons une difficulté à définir des objectifs communs d'accompagnement déclinés dans chacun des champs professionnels représentés dans l'équipe.
- Nous relevons aussi une connaissance insuffisante du parcours des personnes accueillies, antérieur à leur arrivée à Clairvivre et après leur départ. Le séjour dans l'établissement se déroule comme une parenthèse, avec souvent comme seules informations celles que veut bien délivrer la personne aux professionnels, sans lien avec les structures qui l'ont accompagnée précédemment. De ce fait, des éléments d'accompagnement peuvent être travaillés sans cohérence ou en redondance.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Pour qu'il n'y ait pas de rupture dans le parcours des personnes, pour tenir compte de leurs expériences passées et de l'accompagnement dont elles ont bénéficié, il paraît nécessaire de pouvoir établir un lien avec les structures qui ont mis en place cet accompagnement. L'affectation de professionnels, spécialisés dans cet accompagnement, serait de nature à faciliter la fluidité du parcours des personnes. – 2019
- Pour faciliter la cohérence et la complémentarité de l'action des professionnels de l'équipe interdisciplinaire, nous devons définir les conditions et les modalités de partage d'information. 2018-2019

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Mettre en place des professionnels en charge de l'accompagnement individuel des personnes, de type case management, en lien avec les structures amont et aval.
- Réunir dans un même lieu l'ensemble des professionnels du Pôle d'Actions Santé Social et des médecins, pour faciliter le partage d'informations.
- Sensibiliser et former les professionnels au partage d'information et aux écrits professionnels

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Travailler en réseau avec les structures qui ont accompagné les personnes accueillies avant leur entrée dans l'établissement.
- Faire appel à un organisme de formation sur les thématiques d'écrits professionnels et de partage d'information.

Ressources dégagées nécessaires :

- Transformation de trois postes en case manager

- Financement sur le plan de formation
<u>Moyens supplémentaires nécessaires :</u>
<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</u> - L'affectation des professionnels case manager - Formalisation des modalités d'échanges - Nombre de contacts pris avec les structures d'accompagnement amont et en aval
<u>Perspectives d'améliorations :</u> - Fluidifier le parcours des personnes accueillies. - Renforcer les partenariats du CRP - Accompagner la personne accueillie de manière cohérente et concertée en favorisant son expression.

ORIENTATION STRATEGIQUE 1 : LA PERSONNE HANDICAPEE AU CŒUR DE SON PROJET

FICHE ACTION N°1.4

Objectif spécifique :

Développer l'intégration des ouvriers de l'ESAT dans le tissu économique

Constats :

- Les ouvriers d'ESAT n'ont pas toujours le sentiment de participer à l'économie globale de leur territoire.
- Une prise de conscience est nécessaire pour qu'ils puissent se projeter ailleurs que dans le travail protégé.
- Aller à la rencontre de l'entreprise est l'un des moyens mis à leur disposition pour mener cette réflexion. Mais également des visites de salons professionnels ou la participation à des forums.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Organisation annuelle d'une visite d'entreprise ou salon professionnel pour chaque activité de l'ESAT → En lien avec les évaluations du personnel d'encadrement → année 2018
- Organisation annuelle d'un forum sur le travail protégé en Dordogne → A prévoir sur la semaine pour l'emploi des personnes handicapées. Les bassins d'emploi repérés sont Périgueux, Bergerac, Sarlat. Prévoir une organisation tournante sur ces trois bassins → année 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :
 - Concernant les visites d'entreprises, salons professionnels : 1 visite annuelle, organisée par l'encadrement de chaque atelier, mise à disposition de moyen de transport collectif sur le BAPC (utilisation de la taxe d'apprentissage collectée pour le financement) ou utilisation des moyens de transport de l'établissement
- le cas échéant, en matière de coopération :
 - Coopération des 5 ESAT de Dordogne pour mettre en œuvre annuellement, un forum pour l'emploi protégé des personnes handicapées.

Ressources dégagées nécessaires :

- Temps de personnel à l'effectif
- Utilisation de la taxe d'apprentissage collectée si nécessaire

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de visites organisées
- Nombre de visiteurs présents au forum pour l'emploi

Perspectives d'améliorations :

- Elargir la coopération pour l'organisation des forums pour l'emploi avec le travail en milieu ordinaire et la formation → CRP, CFA, CFPPA, Pôle Emploi, CAP Emploi

ORIENTATION STRATEGIQUE 1 : LA PERSONNE HANDICAPEE AU CŒUR DE SON PROJET

FICHE ACTION N°1.5

Objectif spécifique :

ESAT - Renforcer la place de la famille

Constats :

- Manque d'implication dans les Instances de l'établissement : CVS
- Manque d'implication dans les Projets Individuels des ouvriers
- Méconnaissance des activités développées, des compétences mises en œuvre sur l'ESAT de Clairvivre par la famille ou l'entourage des ouvriers

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Modifier le règlement du CVS pour impliquer davantage le représentant des familles → Novembre 2017
- Transmettre le PI des ouvriers aux familles mandataires judiciaires (systématiquement, quel que soit le niveau de protection) à la famille ou l'entourage sur demande de l'ouvrier → fin d'année 2018
- Organisation annuelle d'une journée Portes Ouvertes → tous les ans de 2018 à 2022

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Lors du recueil des candidatures pour les élections du CVS, le faire pour un titulaire et un suppléant, afin que les familles soient systématiquement représentées lors des réunions du CVS.
- Lors de la réunion de Construction du Projet Individuel de la personne, lui proposer l'envoi de son PI à un proche qu'elle désigne. L'informer de l'envoi de son PI à son mandataire, même dans le cas d'une curatelle simple.
- Inviter un membre de la famille au RCPI si la personne le souhaite.
- Pour favoriser l'accueil des familles ou entours des ouvriers, les journées Portes Ouvertes seront organisées un samedi (fermeture des ateliers le lundi suivant)
- Mobilisation de l'ensemble de l'équipe de l'ESAT sur la journée, pour l'organisation, l'accueil, l'accompagnement des ouvriers.
- Appui des services logistique et technique de l'EPD

- le cas échéant, en matière de coopération :

- L'ensemble de ces actions se fait en lien avec le Foyer d'Hébergement de Clairvivre

Ressources dégagées nécessaires :

- Temps de personnel à l'effectif (pour toutes les actions)

Pour les JPO :

- Matériel de transport de l'établissement
- Marchandises alimentaires
- Petites fournitures

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de participation du représentant des familles à la réunion du CVS
- Nombre de retour (courrier, mail, téléphonique) concernant le PI
- Nombre de visiteurs (famille, entourage) au JPO

Perspectives d'améliorations :

- Créer du lien avec les familles à travers les réseaux sociaux, par le biais d'une page de l'établissement ou des structures.

ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : LA QUALITE AU CŒUR DU DISPOSITIF

FICHE ACTION N°2.1

Objectif transversal :

Développer l'appropriation de la démarche d'amélioration continue de la qualité

Evaluation, Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ)

Constats :

- La nouvelle organisation de janvier 2017 (intégration du personnel Qualité au sein des équipes de direction des établissements ou services) permet une meilleure connaissance de ces missions.
- Nécessité de positionner la qualité au cœur des dispositifs de management
- Plusieurs démarches (qualité, sécurité, hygiène, environnement) non coordonnées
- L'ESAT de Clairvivre s'est engagé en 2005 dans la certification ISO 9001 de son système qualité. Déployé sur les activités industrielles dans un premier temps, les activités agricoles ont été certifiées en mars 2014. Cette certification est très orientée système de production et peu encline à évaluer l'accompagnement médico-social. L'ESAT doit faire évoluer son système qualité pour l'enrichir d'une évaluation plus importante de son accompagnement médico-social.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Développer l'appropriation par chaque personnel des missions du service qualité, des outils, des documents, des indicateurs, des plans d'action.
- Lier la nouvelle réglementation et ses outils à la démarche qualité de l'établissement (CPOM, PI, SERAFIN PH)
- Développer l'approche processus sur tout l'établissement
- Coordonner les évaluations internes et externes
- Associer les nouveaux projets à la démarche qualité
- Mettre en place d'un système de management intégré QHSE (Qualité Hygiène Sécurité Environnement)

ESAT :

- Poursuivre la mise en place d'un système qualité basé sur les processus et l'amélioration continue →2018
- Faire évoluer sa politique qualité au regard des exigences du secteur →2019
- Mettre en place une évaluation annuelle de son système en dehors de tout organisme certificateur (audits croisés avec l'EPD, évaluateur indépendant) →2018
- Groupe d'échange qualité FH, SAMSAH, ESAT
- Impliquer les ouvriers de l'ESAT dans le système qualité à travers des réunions d'information sur la démarche →2018
- Inviter systématiquement un ouvrier d'ESAT dans les groupes d'évaluation interne →2018
- Mettre le PACQ en version facile à lire et à comprendre →2018– 2022 (FH/ESAT/SAMSAH).

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Mise en place d'un logiciel de gestion documentaire centralisée pour l'EPD facilitant l'accès et permettant d'éviter les pertes de données et de temps
- Communication sur les démarches et outils mise en place
- Centralisation dans un plan d'amélioration unique EPD
- Implication des personnels dans le suivi des processus, des PAQ, la création d'outils.

Démarche qualité ESAT : - Mettre en place des revues de processus régulières (trimestrielles). - Nommer 14 pilotes (1 pilote par atelier, 1 pilote gestion administrative, 1 pilote insertion) et 2 copilotes (Chef de Service) pour le processus médico-social - Faire évoluer les indicateurs de mesure de son système - <u>le cas échéant, en matière de coopération :</u> - Groupe d'échanges pratiques professionnels FAGERH - Proposer des audits croisés aux autres ESAT de Dordogne
<u>Ressources dégagées nécessaires :</u> - Logiciel de gestion documentaire - Logiciel d'enquête - Formation - ESAT : Temps de personnel à l'effectif
<u>Moyens supplémentaires nécessaires :</u>
<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</u> - Enquêtes de satisfaction - Enquête sur la connaissance et l'appropriation de la démarche - Taux d'avancement du Plan d'action qualité - Pourcentage d'intégration des projets QHSE dans le PACQ unique ESAT : - Nombre de réunion de processus - Pourcentage d'atteinte des objectifs - Nombre de réclamations des clients
<u>Perspectives d'améliorations :</u> - Intégration de la qualité au cœur du management de l'EPD, de ses structures et services - Impliquer les ouvriers de l'ESAT dans le suivi du processus de leur atelier

ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : LA QUALITE AU CŒUR DU DISPOSITIF

FICHE ACTION N°2.2

Objectif transversal :

Sécurité des locaux - Généralisation de la détection incendie dans les locaux d'hébergement

Constats :

- Quelques locaux ne sont pas équipés de détecteurs de fumée et ne sont pas asservis à un système de sécurité incendie dans des bâtiments affectés à l'hébergement

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Installer des détecteurs de fumée dans les locaux d'hébergement
- Installer des centrales incendie avec report au poste sécurité (standard)
- Compléter ces installations techniques avec l'adjonction d'un serveur d'alarme pour fiabiliser et améliorer le traitement des alarmes et leur archivage (incendie et technique)

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Continuer à maintenir une présence permanente au poste sécurité (standard) 24h/24h et 365j/an
- Continuer à maintenir un service d'Agent de prévention et de sécurité (SSIAP) sur le site

- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de locaux équipés de détecteur de fumée
- Nombre d'alarmes et de traitements enregistrés

Perspectives d'améliorations :

- Diminuer le risque incendie
- Traiter au plus vite les départs de feu

ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : LA QUALITE AU CŒUR DU DISPOSITIF

FICHE ACTION N°2.3

Objectif transversal :

Promotion de la bientraitance – prévention de la maltraitance

Constats :

- L'EPD de Clairvivre s'est doté d'une charte de bientraitance à destination des professionnels visant à promouvoir la bientraitance des personnes accueillies. Une formation sur ce thème est organisée chaque année sur le plan de formation de l'EPD. De 2010 à 2017 : 197 personnes ont été formées sur l'ensemble de l'EPD.
- A l'ESAT, force est de constater que les personnes accueillies font l'objet d'une bonne information sur leurs droits à ce sujet, au travers du Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail (CSAT) et du livret d'accueil. Pour autant, nous pouvons noter qu'elles même peuvent être source de maltraitance envers leurs collègues, mais qu'elles n'en ont pas toujours conscience.
- Au CRP, les profils des personnes accueillies sont de plus en plus hétérogènes, caractérisés par une diversité et une combinaison des problématiques rendant indispensable un accompagnement polymorphe et individuel.

Plan d'actions, assorti des échéances :

EPD :

- Faire un point sur la charte en séance du CVS pour voir si la charte doit évoluer (2018)

En réponse à cette évolution, il est nécessaire au CRP :

- d'entendre et respecter la parole et les besoins exprimés par les personnes accueillies et de respecter leurs choix et décisions : 2018-2022
- que les professionnels accompagnants adaptent leur posture qui doit se situer dans une juste distance (ni sauveur ni délaissant) : 2018- 2022
- d'individualiser les parcours de formation (objectifs, contenu, méthodes, outils...) : 2018-2022

A l'ESAT :

- Mettre en place une information sur ce qu'est la bientraitance et la maltraitance lors des accueils des nouveaux ouvriers : semestrielle dès 2018
- Mettre en place une formation des représentants de l'ESAT au CVS sur ce thème : 2019
- Faire intervenir un professionnel extérieur à l'établissement sur ce sujet spécifique : 2019
- Mise en place d'une analyse des pratiques professionnelles pour les équipes de l'ESAT.
- Mettre en place des groupes de parole accompagnés par un psychologue →2021

Au FH :

- Poursuivre le suivi des formations bientraitance pour l'ensemble des professionnels du FH (2018/2022)
- Poursuivre la mise en place de séances d'analyse de la pratique pour les professionnels (2018/2022)
- Mise en place de formations spécifiques sur les nouveaux publics accueillis (2019/2022)

Au SAMSAH

- Poursuivre le suivi des formations bientraitance pour l'ensemble des professionnels du FH (2018/2022)
- Poursuivre la mise en place de séances d'analyse de la pratique pour les professionnels (2018/2022)
- Continuer à être vigilant sur la distance à avoir en intervention à domicile, travail sur la notion d'accompagnement et de séparation.

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

Au CRP :

- Accompagnement par de la formation et par les pratiques managériales de l'ensemble des professionnels sur la posture d'accompagnement respectueuse de la diversité des profils, de la prise en compte des besoins et décisions des personnes accueillies.
- Accompagnement par de la formation et par les pratiques managériales des professionnels notamment formateurs et travailleurs sociaux dans l'évolution des profils, la prise en compte de l'évolution des profils et des styles d'apprentissage des apprenants.

A l'ESAT :

- Faire une intervention sur ce thème lors des accueils des nouveaux ouvriers (déjà en place)
Prévoir une formation sur ce thème pour tout nouveau représentant des ouvriers au CVS. A chaque nouvelle élection des représentants, prévoir dans l'année suivante une formation.
- Mettre en place des réunions d'information sur ce thème, par petits groupes (12 personnes maxi). A raison de 4 à 6 par an sur les premières années, puis dès qu'un groupe peut être constitué sur les années suivantes.

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Pour le CRP, prendre l'appui d'organismes de formation spécialisés dans ces approches.
- Proposer aux ESAT de Dordogne de mettre en place des interventions croisées sur ce thème entre nos établissements pour éviter le coût d'un intervenant extérieur.
- Mutualiser les formations de représentants du CVS avec les ESAT de Dordogne.

Ressources dégagées nécessaires :

- Financement par le plan de formation.
- Temps de personnel présent à l'effectif.
- Plan de formation du BAPC.
- Temps d'intervenant sur le groupe II du BPAS par redéploiement si interventions croisées impossibles.

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre et qualité des actions de formation mises en œuvre
- Taux de satisfaction des stagiaires sur la qualité de leur accompagnement
- Nombre d'accueil des nouveaux ouvriers
- Nombre de représentants formés
- Nombre d'interventions effectives
- Nombre d'incidents identifiés

Perspectives d'améliorations :

- Clarification et appropriation de la part des professionnels de leur rôle, posture dans l'accompagnement pour les mettre en conformité la recommandation de bonnes pratiques « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » de l'ANESM.

ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : LA QUALITE AU CŒUR DU DISPOSITIF

FICHE ACTION N°2.4

Objectif transversal :

Humanisation des locaux d'hébergement et de formation – sécurité et humanisation des locaux

Constats :

Au CRP :

- Les locaux d'hébergement sont constitués de 28 pavillons répartis sur la Cité. 52% sont pratiquement neufs, 30% dans un état correct et 18% sont à rénover totalement et à redistribuer.
- Les sections de formation sont globalement modernes et entretenues en bon état et ont fait l'objet de rénovation/ adaptation régulières. Les locaux de formation « Agent Technique Prothésiste Orthésiste » sont à rénover entièrement et les systèmes d'aspiration à créer en conformité avec la réglementation.

A L'ESAT :

- L'ESAT de Clairvivre est installé dans des locaux qui, à l'origine, n'étaient pas destinés à des activités de production. Le travail du Comité des Conditions de Travail (instance spécifique de l'ESAT) permet de mettre en avant des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail et de mettre en sécurité les personnes et les biens.
- Par ailleurs, le bâtiment principal de l'ESAT n'a pas fait l'objet de gros travaux depuis sa création. Il rencontre de très gros problèmes d'étanchéité et d'infiltration, notamment au niveau du hall d'accueil et de la cage d'escalier.
- D'autre part, la direction et l'administration de l'ESAT sont au dernier étage du bâtiment. Afin d'être en à proximité des personnes accueillies et du public extérieur, il serait souhaitable de profiter de la réhabilitation du hall pour y installer l'administration.

Au FH :

- 3 chambres sans sanitaires (WC) ; usage des WC collectifs
- Chambres trop petites (<9m²) réservées aux entrants pendant la période d'essai

Plan d'actions, assorti des échéances :

CRP :

- Maintenir les locaux rénovés en bon état 2018-2022
- Réhabiliter les 18% de locaux inadaptés 2022
- Réhabiliter la section orthopédie 2019

ESAT :

- Réhabilitation du bâtiment principal → PPI N°3 2018-2022
- Déménagement des bureaux de l'administration dans le hall
- Création d'espaces dédiés aux ouvriers : cafeteria, bibliothèque, cyberspace avec WIFI, salle de repas/repos

FH :

- Rénovation de chambres avec intégration de sanitaire (WC) (PPI 2018/2022)
- Aménagement d'espaces de vie dans les étages du bâtiment principal (2019/2022)
- Ouverture d'un nouveau pavillon dédié aux entrants (2017)

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

ESAT :

- Réalisation sur le temps du PPI N°3 par phase → 2018 – 2022
- Appui du service technique (plans, estimations financières, lancement des marchés, suivi de chantier), réalisation d'une partie des travaux par l'équipe technique

- <u>le cas échéant, en matière de coopération :</u> CRP : - Bénéficier de l'expertise de la CARSAT pour mettre aux normes les équipements techniques de la formation Agent technique prothésiste orthésiste. ESAT : - Faire appel à des écoles d'architecture dans le cadre du projet handi'tudiant pour réaliser des plans - Faire appel au CCAH pour obtenir des financements 1 CRP + 1 ESAT
<u>Ressources dégagées nécessaires</u> ESAT : - Temps de personnel à l'effectif - PPI N°3 - Provisions du BPAS - Financement CCAH dans le cadre de l'amélioration des conditions d'accueil du public PH
<u>Moyens supplémentaires nécessaires</u> soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional. FIR de l'ARS Nouvelle Aquitaine dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail des agents (CLACT)
<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</u> - Etat d'avancement du projet par phase de réalisation
<u>Perspectives d'améliorations :</u> CRP : - Améliorer la qualité de vie à l'hébergement et la qualité de travail au sein de la formation orthopédie. ESAT : - Favoriser la proximité des personnels administratifs et de direction pour les personnes accueillies et pour le public extérieur FH : - Améliorer la qualité de vie à l'hébergement et répondre mieux aux besoins des personnes accueillies

ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : LA QUALITE AU CŒUR DU DISPOSITIF

FICHE ACTION N°2.5

Objectif spécifique :

Accéder à la certification AFNOR pour le CRP et le CPO

Constats :

Une des conséquences de la loi 2005-102 du 11 février 2005 "pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" est l'adaptation des organismes d'orientation et de formation professionnelle à l'accueil de ces publics, tant en termes d'accessibilité que de méthodes pédagogiques.

Par ailleurs, la loi 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale prévoit que "les organismes collecteurs paritaires agréés mentionnés à l'article L. 6332-1, les organismes paritaires agréés mentionnés à l'article L. 6333-1, l'Etat, les régions, Pôle Emploi et l'institution mentionnée à l'article L. 5214-1 s'assurent, lorsqu'ils financent une action de formation professionnelle continue et sur la base de critères définis par décret en Conseil d'Etat, de la capacité du prestataire de formation mentionné à l'article L. 6351-1 à dispenser une formation de qualité". Les critères de qualité ont été fixés par le décret 2015-790 du 30 mai 2015.

Ce sont donc des critères d'évaluation auxquels doivent se soumettre l'ensemble des organismes de formation de milieu ordinaire. Nombreux sont aussi les organismes de ce type qui ont fait le choix d'une certification, AFNOR ou ISO.

Enfin, depuis 2000, les Centres de Rééducation Professionnelle ont engagé une démarche visant à identifier leurs prestations et à faire valoir la valeur ajoutée qu'ils proposent aux personnes handicapées par rapport aux organismes de formation de droit commun.

A partir d'un référentiel de "bonnes pratiques", ils ont souhaité générer une norme de service avec l'appui d'ingénieurs de l'AFNOR, qui a abouti en 2002 à la création de deux documents :

- la norme NF X50-780-1 pour les Centres de Rééducation Professionnelle ;
- la norme NF X50-780-2 pour les Centres de Pré-orientation.

A ce jour, de nombreux CRP bénéficient de cette certification AFNOR, ce qui n'est pas le cas de celui de Clairvivre.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Mesurer l'écart entre les exigences de la norme et la réalité de l'existant, pour le CRP et le CPO : 2018
- Corriger les écarts éventuels : 2019
- Faire conduire un audit par un CRP partenaire, en s'appuyant sur le groupe qualité de la FAGERH : 2019
- Conduire les démarches préalables auprès de l'AFNOR en vue de la certification : 2019
- Engager la démarche de certification : 2020

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Mobilisation d'un agent du service qualité pour conduire les démarches de certification et la collaboration avec le réseau FAGERH.
- Engagement de l'ensemble des personnels du CRP et du CPO, ainsi que d'une partie des agents des services transversaux de l'EPD, pour mettre en place les actions visant à combler l'écart entre l'existant et les exigences de la norme.

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Collaborer avec les CRP qui ont obtenu la certification.
- Coopérer au sein du réseau FAGERH, sur les aspects qualité et certification.

<u>Ressources dégagées nécessaires :</u> - Coût de la certification, tant en investissement qu'en fonctionnement. - Temps des agents, consacré à cet objectif.
<u>Moyens supplémentaires nécessaires :</u>
<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</u> - Réalisation des étapes mentionnées ci-dessus. - Obtention de la certification AFNOR.
<u>Perspectives d'améliorations :</u> - Faire garantir par un tiers certificateur la qualité des prestations de l'établissement, aux personnes accueillies, aux prescripteurs, aux financeurs et aux partenaires.

ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : LA QUALITE AU CŒUR DU DISPOSITIF

FICHE ACTION N°2.6

Objectif spécifique :

FH - Diversifier les modalités d'hébergement

Constats :

Diminution du nombre de résidents avec augmentation du nombre de demande de travailleurs externes.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Création d'une unité du FH externalisée sur Excideuil → 2019 (en fonction des travaux)
- Transformation de pavillon locatif en pavillon FH sur le mode cohabitation/co-location (chambres individuelles mais espaces de vie collectifs) → 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Equipe de professionnels dédiée sur Excideuil avec redéploiement suite à diminution de place au sein du FH + transformation de poste

- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires :

Pour la création d'une unité du FH externalisée sur Excideuil : 1 60 000 € de frais de structure sous réserve de financement du projet

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de demandes pour Excideuil
- Nombre de sorties en milieu ordinaire après passage par Excideuil
- Nombre de demande pour pavillon cohabitation/co-location

Perspectives d'améliorations :

ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : LA QUALITE AU CŒUR DU DISPOSITIF

FICHE ACTION N°2.7

Objectif spécifique :

FH - Développer de nouvelles formes d'accompagnement, Adapter l'offre aux évolutions du public accueilli, Faire vivre des collectifs plus restreints

Constats :

- La vie dans un grand collectif peut être anxiogène. Le bâtiment principal n'est plus adapté aux demandes et aux besoins actuels des résidents.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Création de salles de petit déjeuner et salles collective par étage de vie dans le bâtiment central.
- Création d'une dynamique de vie fondée sur le quotidien

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Transformation de chambre en salle de vie
- Renforcer la présence des équipes éducatives au moment des temps forts de la vie quotidienne

- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

- Inscription des achats mobiliers sur le PPI n°3

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Fermeture du self pour les petits déjeuners

Perspectives d'améliorations :

- Permettre à chacun de vivre à son rythme sans que celui-ci soit assujéti à des impératifs de vie en grande collectivité

**ORIENTATION STRATEGIQUE 3 : ACCOMPAGNEMENT / PREVENTION
/ PROMOTION DE LA SANTE**

FICHE ACTION N°3.1

Objectif transversal :

ESAT/SAMSAH/FH/CRP - Promouvoir l'Etat de bonne santé

Constats :

ESAT :

- L'ESAT en tant que lieu professionnel doit se soucier de la santé au travail des ouvriers et en tant qu'ESMS, il doit être attentif à la santé en général des personnes qu'il accompagne.
- Jusqu'à ces dernières années, l'effectif commun de l'ESAT et du FH de Clairvivre a entraîné un désengagement de l'ESAT sur cette question, en effet le FH possédant une équipe médicale, l'ESAT se reposait sur leurs compétences.
- La prise de conscience de son rôle dans l'accompagnement à la santé des ouvriers se fait petit à petit et doit être renforcé dans les années à venir, d'autant que notre effectif de travailleurs externes est en nette progression.

SAMSAH :

- Isolement des personnes handicapées ; manque de connaissance du droit commun.
- Besoin de sensibilisation et de prévention sur différents sujets. Cette prévention s'effectue en individuel dans le cadre de l'accompagnement SAMSAH ou en collectif par la mise en place i ou la participation à différentes actions.

FH :

- La problématique des addictions touche les personnes accueillies au FH comme l'ensemble de la population.
- Une vigilance accrue est nécessaire quant aux problématiques liées à l'éducation nutritionnelle, à la nécessité de prendre soin de soi.

CRP

- Pour nombre d'entre eux, les stagiaires du CRP ne connaissent pas ou ne maîtrisent pas les outils nécessaires à une prise en charge de leur santé adaptée.
- Le nombre de personne en situation d'addiction est croissant .

Plan d'actions, assorti des échéances :

ESAT :

- Inscrire le parcours de santé dans la politique de rémunération de l'ESAT → 2018
- Développer les « instants santé » avec la MSA et la CPAM → 2018
- Développer des actions sur l'estime de soi, le prendre soin de soi auprès des ouvriers → 2018
- Poursuivre les actions contre les addictions → 2017
- Poursuivre les actions du Comité des Conditions de Travail (CCT) → 2017
- Poursuivre les mesures concernant le bruit, la lumière, la gestion des poussières dans les ateliers → 2018
- Mettre en place une cabine de vernissage sur l'atelier menuiserie → 2018
- Poursuivre l'achat de matériel électrique sur l'atelier des Espaces Verts → 2018 – 2020
- Poursuivre l'aménagement des ateliers en lien avec les visites du CCT → 2018 – 2022

SAMSAH :

- Appropriation du modèle développé par l'Association CASSIOPEA : 2018
- Mise en place d'actions de prévention autour de l'activité physique en partenariat avec SIEL Bleu : 2018

	- Mise en place d'un calendrier annuel de prévention (canicule, grand froid, hygiène bucco-dentaire, hygiène des mains,...) par les infirmières du service : récurrence du message de prévention afin de faire passer les messages régulièrement : 2018/2022
FH :	- Poursuivre les actions mises en place de prévention des conduites à risque (addiction) en lien avec l'ESAT. - Poursuivre le travail engagé sur l'alimentation, le goût, l'équilibre alimentaire,... Travail en lien avec la diététicienne de l'établissement et les professionnels de la cuisine centrale. - Poursuite des actions d'apprentissage autour de la gestion des piluliers pour certaines personnes accueillies (iatrogénie). - Poursuivre les actions engagées autour des activités physiques : activités de sport adapté mais aussi activité détente.
CRP :	- Développer les actions de prévention concernant les addictions, les vaccinations, l'éducation à la santé. → 2018-2022 - Renforcer les actions favorisant l'équilibre alimentaire → 2018- 2022 - Promouvoir une activité physique adaptée et régulière → 2018-2022
	<u>Moyens de mise en œuvre :</u> - <u>Organisationnels et humains :</u> - Favoriser la prise de RDV chez des spécialistes sur le temps de travail, aménager le temps de travail pour une prise en charge longue de rééducation, santé buccale ... Utiliser le matériel de transport et le les chauffeurs de l'établissement pour transporter les ouvriers vers les centres médicaux - Mettre en place une activité de soutien au travail (AST) sur l'estime de soi, le prendre soin de soi → Une rencontre par semaine pour un groupe de 8 – 10 personnes maximum - Renforcer, au sein de l'ESAT, l'équipe et les actions dédiées aux addictions. - <u>le cas échéant, en matière de coopération :</u> ESAT : - Faire venir au sein de l'ESAT, en vue d'examens multiples, les médecins de la MSA et ceux de la CPAM pour proposer des « instants santé » réguliers. SAMSAH : - Réservation de salles dans les communes concernées - Travail partenarial avec différents intervenants selon les sujets abordés.
	<u>Ressources dégagées nécessaires :</u> ESAT : - Temps de personnel à l'effectif - Matériel de transport - Matériel de communication CRP - S'appuyer sur les compétences internes des professionnels du CRP et de la diététicienne de l'EDP - Développer des partenariats
	<u>Moyens supplémentaires nécessaires :</u>

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

ESAT :

- Nombre RDV médicaux chez le spécialiste sur le temps de travail des ouvriers
- Nombre de temps aménagés
- Nombre d'intervention de professionnels de santé externes à la structure
- Nombre d'information sur les addictions
- Nombre de réunion CCT
- Nombre d'heure d'AST lié à l'estime de soi.

SAMSAH :

- Nombre de participants aux actions prévention-santé.
- Nombre de participants aux actions SIEL Bleu

FH :

- Nombre de réunions d'informations sur les addictions
- Nombre de licencié en sport adapté
- Nombre d'actions autour de l'alimentation

CRP

- Nombre de réunions d'informations sur les addictions
- Nombre d'actions de prévention réalisées

Perspectives d'améliorations :

ESAT :

- Inscrire le maintien ou l'amélioration de la santé dans le projet individuel des ouvriers externes (sans suivi SAMSAH ou SAVS)

SAMSAH :

- Renforcement des messages de prévention généraliste avec adaptation au public accueilli.

CRP

- Permettre aux stagiaires de maintenir ou d'améliorer leur santé en vue de favoriser leur insertion socioprofessionnelle.

**ORIENTATION STRATEGIQUE 3 : ACCOMPAGNEMENT / PREVENTION
/ PROMOTION DE LA SANTE**

FICHE ACTION N°3.2

Objectif spécifique :

Accompagnement médical et paramédical des stagiaires du CRP

Constats :

- La comparaison des CRP d'Aquitaine entre eux, en termes d'effectifs de leurs personnels médicaux et paramédicaux, a conduit l'ARS à préconiser la réduction du nombre de ces professionnels du CRP de Clairvivre, au fur et à mesure des départs. A ce jour, l'effectif en ETP est de deux médecins, 1 cadre de santé affecté à des missions d'IDE, 3 IDE et un aide-soignant. En septembre 2017, un IDE sera en position de détachement ; un autre travaillera à 70 %, avec le projet de quitter l'établissement mi-2018. Le départ à la retraite d'un des médecins est prévu pour mi-2018.
- Actuellement, les soins médicaux et paramédicaux sont assurés, pour la plupart des stagiaires, au sein de l'établissement. Les IDE, quant à eux assurent des soins et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Les médecins sont présents pendant les temps de formation. Les IDE et aide-soignant assurent une présence permanente, sauf entre 15h30 et 19h30. Le manque de professionnels conduit fréquemment à fermer l'infirmerie certaines nuits et week-ends. Ces professionnels exercent dans un pavillon dénommé "infirmerie".

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Centrer leurs activités sur les missions en lien direct avec l'élaboration et la vérification du projet professionnel des personnes accueillies, ainsi qu'avec la mise en œuvre de ce projet par la formation, en tenant compte de leurs limitations et en s'appuyant sur leurs aptitudes. Cela suppose de limiter les actions de soins, de développer les liens avec le monde du travail et d'acquérir des compétences en santé au travail : 2018-2019
- Permettre à chacun des IDE et aide-soignant d'exercer une polyvalence sur les actions de soins et les actions d'accompagnement. Pour cela, une réorganisation des temps de travail devrait être nécessaire : 2018
- Renforcer les actions de prévention et d'éducation à la santé : 2019
- Réunir dans un même lieu l'ensemble des professionnels du Pôle d'Actions Santé Social et le médecin, pour faciliter le partage d'informations : 2019

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Abaisser et stabiliser l'effectif des professionnels à 1 ETP de médecin et 4 d'IDE ou aide-soignant.
- Financer les travaux de construction et d'aménagement des nouveaux locaux.
- Rédiger les fiches de postes.
- Réorganiser le temps de travail des professionnels en fonction de leur effectif.

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Renforcer la coopération avec les acteurs libéraux de la santé sur le territoire

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre d'actions de prévention et de promotion à la santé menées
- Affecter 80% du temps de travail médecin aux actions d'aide à l'élaboration et la vérification du projet professionnel des personnes accueillies, ainsi qu'à la mise en œuvre de ce projet par la formation
- Formalisation des modalités d'échange entre professionnels

Perspectives d'améliorations :

- Faciliter le partage d'informations entre les professionnels de santé et ceux du Pôle d'Actions Santé Social.
- Améliorer l'accompagnement à l'orientation et à la formation professionnelle des stagiaires, par une meilleure connaissance des réalités professionnelles.
- Réduire le temps consacré aux soins pour mettre l'accent sur le versant "travail".

**ORIENTATION STRATEGIQUE 3 : ACCOMPAGNEMENT / PREVENTION
/ PROMOTION DE LA SANTE**

FICHE ACTION N°3.3

Objectif spécifique :

FH : prévention vie affective et intime

Constats :

- La question de la vie affective et intime est régulièrement soulevée au sein du FH
- Une commission pluridisciplinaire existe depuis plusieurs années au FH. Elle met en place des permanences d'écoute et de dialogue

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Poursuivre la formation des membres de la commission (2017/2018)
- Poursuivre les permanences mises en place (2018/2022)
- Développer les médiations de couple au sein du FH
- Poursuivre les sensibilisations sur les IST, les rapports hommes/femmes,...
- Travail de prévention sur la violence domestique

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :
- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

Perspectives d'améliorations :

- Poursuivre le travail engagé depuis plusieurs années afin de désamorcer les conflits qui peuvent exister dans les couples de résident.

ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : S'ENGAGER DANS LA LOGISTIQUE DE DEMAIN

FICHE ACTION N°4.1

Objectif transversal :

Efficiency : Développer une politique de transport fondée sur l'efficacité,
Développement Durable : Améliorer la gestion de la flotte de véhicules

Constats :

- Flotte de divers véhicules de tourisme, utilitaires, minibus, et autres engins pour les activités de l'établissement.
- Des véhicules peu adaptés au nombre de personnes à transporter
- Un service de transport constitué de 6 personnes
- Pool de véhicules affectés à la réservation (véhicules partagés entre les différentes structures)
- Des prises de rendez-vous non concertés

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Etudier les besoins en matière de transport 2018
- Revoir la politique d'achat des véhicules 2018
- Organiser la réservation et la mise à disposition des véhicules du pool de prêt 2019
- Optimiser la gestion de l'entretien du parc de véhicules et engins 2019
- Rendre les résidents autonomes dans leurs déplacements 2020
- Développer une plateforme de réservation de covoiturage en partance ou à destination de l'EPD
→ 2019 - 2020

Moyens de mise en œuvre :

- Création par l'ESAT d'un service de location de véhicules

- Organisationnels et humains :

- Ressource interne du service technique, pour la réservation, la maintenance, la mise à disposition et le nettoyage
- Création ou achat d'un logiciel de réservation en ligne

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Faire transporter par le privé ce qui coûterait moins cher et n'apporterait pas de plus-value dans l'accompagnement (la sciure)

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Taux d'utilisation des véhicules à disposition en réservation et avec accompagnement chauffeur
- Coût d'entretien des véhicules au km
- Diminution de la facture d'essence

Perspectives d'améliorations :

- Favoriser l'autonomie de déplacement des personnes accueillies
- Diminuer le coût direct du transport

ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : S'ENGAGER DANS LA LOGISTIQUE DE DEMAIN

FICHE ACTION N°4.2

Objectif transversal :

Améliorer le traitement et la distribution de l'eau :

- Améliorer la qualité de l'eau potable distribuée,
- Améliorer la qualité des rejets de la station d'épuration à boue activée,
- Continuer à réduire le risque légionnelle au sein des réseaux ECS (Eau Chaude Sanitaire)

Constats :

- Eau potable produite et distribuée par le service technique de l'établissement
- Dossier d'autorisation de pompage en cours auprès des services de la préfecture
- Problème de sécurité (intrusion) des sites de productions et de stockage à améliorer
- Eau potable, mais les paramètres bactériologiques, et chimiques sont à améliorer
- Station de pompage fonctionnelle avec des rendements honorables
- Réseaux de collectes séparatifs des années 1930, sur lequel des travaux serait à prévoir
- Présences de réseaux de recirculation d'eau chaude sanitaire déséquilibrés en termes de débit
- Présence de bras morts sur quelques antennes du réseau

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Sécuriser le site de pompage (clôture, alarme anti-intrusion, occultation,...) : 2018
- Sécuriser les sites de stockages (Château d'eau) : 2019
- Compléter l'installation de la télégestion par des capteurs de pollution du milieu (rivière) : 2019
- Intégrer un système de minéralisation en continu, et d'une filtration complémentaire sur la production : 2020
- Réviser et rénover des secteurs du réseau séparatifs d'assainissement sur le site : 2020
- Modifier des secteurs du réseau pour réduire les bras morts : 2018
- Installer des vannes d'équilibrages complémentaires pour uniformiser les débits des recirculations : 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Personnel du service technique affecté pour la production et le suivi de la qualité de l'eau
- Personnel du service technique pour les travaux de maintenance des installations
- Consigner les travaux dans le carnet sanitaire

- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires :

- Dossier d'appel à projet déposé auprès de l'agence Adour-Garonne pour la demande de subvention sur les points du plan d'action lié à la production d'eau potable
- Ressources du service technique interne de l'établissement

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Conformité des paramètres de la qualité de l'eau (analyse)
- Relevé régulier des températures sur le réseau ECS (Carnet Sanitaire)
- Analyse annuelle de la conformité des eaux par prélèvement

Perspectives d'améliorations :

- Améliorer la qualité gustative de l'eau
- Diminuer les risques de pollution des effluents

ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : S'ENGAGER DANS LA LOGISTIQUE DE DEMAIN

FICHE ACTION N°4.3

Objectif transversal :

Développement Durable : Améliorer l'efficacité énergétique des bâtiments et équipements

Constats :

- 90 % du site est chauffé à partir d'une chaufferie biomasse (sciure de bois)
- La plupart des bâtiments des années 1930 ne sont pas tous isolés thermiquement

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Améliorer l'efficacité du chauffage de la zone garage/buanderie (consommation fioul)
- Raccorder les zones ou bâtiments chauffés aux énergies fossiles sur la chaufferie collective bois
- Continuer à entretenir efficacement les générateurs bois
- Améliorer la performance énergétique des bâtiments (isolation) au gré des réhabilitations et des rénovations

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Ressources du service technique déjà affectées à ces missions (conducteurs de chaudières)

- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

- Réaliser des audits par des bureaux d'études compétents dans le domaine

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Consommations de combustibles fossiles pour le chauffage de confort
- Relevé des compteurs énergétiques des chaufferies et des factures associées

Perspectives d'améliorations :

- Ne plus utiliser les énergies fossiles pour le chauffage des bâtiments (hors chauffage de secours)

ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : S'ENGAGER DANS LA LOGISTIQUE DE DEMAIN

FICHE ACTION N°4.4

Objectif transversal :

Améliorer la gestion des déchets

Constats :

- Plus de 25 types de déchets répertoriés sur l'ensemble des activités de l'établissement.
- Une aire de collecte sur le site du garage du service technique
- Contrat avec des partenaires privés et publics pour le traitement et la valorisation des déchets

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Organiser une campagne d'information complémentaire et périodique sur les bonnes pratiques
- Revoir l'organisation et la gestion en local de l'aire de collecte
- Mettre en place un nouveau mode de collecte en interne pour les papiers et les cartons

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Personnel du garage affecté à cette tâche suivant un calendrier prédéfini
- Acquisition et mise en place de container spécifique au plus près des lieux de production des déchets

- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Quantité de déchets valorisés au niveau de l'aire de collecte

Perspectives d'améliorations :

- Réduction de la dépense financière globale sur le traitement des déchets

ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : S'ENGAGER DANS LA LOGISTIQUE DE DEMAIN

FICHE ACTION N°4.5

Objectif transversal :

S'engager dans une démarche environnementale dans l'entretien des espaces-Verts

Constats :

- Site installé dans un écrin de verdure en limite de la forêt domaniale de Born
- Site étendu, avec de nombreuses voies, trottoirs, parkings, espaces-verts (150 hectares)
- Interdiction depuis le 1 janvier 2017 de l'usage de produit phytosanitaire

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Réaliser un diagnostic d'accompagnement à la non utilisation des produits phytosanitaires interdits
- Actualiser les pratiques en adéquation de la réglementation
- Former les agents à de nouvelles pratiques professionnelles

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Equipe dédiés à l'entretien des espaces-verts, et voiries du service technique interne
- Réflexion sur les priorisation des tâches nécessaires

- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

- Acquisition de nouveau matériel mécanisé nécessaire en substitut des produits phytosanitaires (désherbage manuel)

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Comptabilisation des heures de travail affectées à l'entretien des espaces-verts
- Agrément et satisfaction visuels

Perspectives d'améliorations :

- Diminuer la quantité de produits polluants servant à entretenir le site de Clairvivre,
- Développer la prise de conscience en matière d'écologie verte.

ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : S'ENGAGER DANS LA LOGISTIQUE DE DEMAIN

FICHE ACTION N°4.6

Objectif transversal :

Développer l'accessibilité des locaux,
Compléter l'inventaire de l'accessibilité des locaux de l'établissement,
Rendre accessibles nos supports de communications

Constats :

- Nombreux bâtiments conformes, mais un patrimoine conséquent des années 1930, construit avant les normes et obligations en termes d'accessibilité
- Application des diverses réglementations : Code du travail, Etablissement Recevant du Public, Habitation
- Nombreux documents, protocoles, chartes ou autres documents institutionnels à rendre accessibles à tous les publics (Facile A Lire et à Comprendre)
- Dossier de demande AD-AP (agenda d'accessibilité programmée) déposé

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Faire réaliser un diagnostic accessibilité complémentaire sur des bâtiments 2020
- Réaliser les travaux décrit dans le dossier AD'AP 2019
- Rédiger des documents complémentaires Facile A Lire et à Comprendre 2021

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Faire réaliser les travaux par les ressources du service technique
- Adaptation et mise en conformité suivant les rénovations et les réhabilitations des locaux

- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombres d'actions et de travaux réalisés issus du diagnostic accessibilité
- Nombres de documents rédigés

Perspectives d'améliorations :

- Rendre l'institution accessible à tous types de handicap

ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : S'ENGAGER DANS LA LOGISTIQUE DE DEMAIN

FICHE ACTION N°4.7

Objectif transversal :

Rationaliser les achats au sein de l'EPD afin d'accroître leur efficacité pour améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies

Constats :

- Achats insuffisamment anticipés
- Adhésion à une centrale d'achat pour la partie alimentaire qui entraîne des coûts de transport en sus, des fournisseurs et des producteurs plus éloignés. Température des marchandises non conforme lors des livraisons.
- Achat en majorité dans le cadre de MAPA ou à travers des centrales d'achat (UGAP, GARA, AMPA...)
- Circuit court : Achats auprès d'1 ESAT local et des produits de saisons locaux
- Gestion efficace des stocks de l'Economat
- Absence de gestion des stocks du service technique
- Vétusté du matériel automobile et informatique
- Coût d'entretien des bâtiments onéreux

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Intégration d'une note de pondération concernant le coût du transport dans la consultation des fournisseurs (abandon dans les 5 ans du GARA et intégration d'une nouvelle centrale d'achat)
- Développement des achats en direct chez les producteurs pour les produits de saison
- Création d'un poste d'acheteur
- Définir une politique d'achat commune à l'ensemble de l'institution
- Définir les besoins institutionnels à moyen terme
- Mise en place d'une gestion des stocks des produits du service technique

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Création d'un poste d'acheteur avec définition de ses missions
- Création de fiches techniques (recette) avec données de grammage pour des commandes au plus juste
- Conventionnement avec une centrale d'achat de proximité
- Mise en œuvre d'un logiciel de production alimentaire
- Créer un magasin unique (hors nourriture) à l'EPD
- Optimisation du planning de maintenance à moyen et long terme

- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

- Redéploiement de personnel (poste acheteur)
- Achat d'un logiciel de production culinaire
- Formation

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Comparaison mensuelle du coût de revient matière de repas
- Suivi de l'évolution des dépenses dans les comptes principaux du groupe 1
- Pesée des déchets alimentaires (une période représentative)
- Fréquence des travaux d'entretien préventif
- Programme d'investissement en matière d'entretien des bâtiments

Perspectives d'améliorations :

- Réduire la facture/impact carbone de l'établissement
- Optimiser les moyens financiers

ORIENTATION STRATEGIQUE 5 : EFFICIENCE

FICHE ACTION N°5.1

Objectif transversal :

Développer une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour mettre en adéquation les moyens humains avec les nouveaux besoins des personnes accompagnées

Constats :

- Manque de professionnels en accompagnement direct
- 50 agents partent en retraite dans les 5 ans
- Accueil de personnes handicapées présentant des pathologies psychiatriques et pluri handicap
- Diversification des modalités d'hébergement et d'accompagnement

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Transformations de postes au fur et à mesure des départs
- Permettre à des agents de se qualifier à l'aide du plan de formation
- Définir les nouveaux métiers répondant aux besoins non satisfaits
- Favoriser la mobilité interne
- Développer la polyvalence des agents

Moyens de mise en œuvre :

- Redéfinir la politique de formation de l'Institution afin de dégager des priorités

Organisationnels et humains :

- Revoir la charge de travail incombant aux Services Logistiques
- Poursuivre l'adéquation des fiches de poste avec la réalité de chaque professionnel

le cas échéant, en matière de coopération :

- Faire partager à l'ensemble des agents, les évolutions de l'institution

Ressources dégagées nécessaires :

- Ne pas modifier la masse salariale globale de l'EPD
- Renforcer les moyens alloués à la formation

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Evolution de la masse salariale globale
- Evaluer à la fin du CPOM, le nombre de nouveaux métiers
- Evolution du tableau des effectifs (ETP et catégorie socio-professionnelle)

Perspectives d'améliorations :

- Personnalisation des réponses institutionnelles pour mieux répondre aux besoins des personnes Accueillies

ORIENTATION STRATEGIQUE 5 : EFFICIENCE

FICHE ACTION N°5.2

Objectif transversal :

Développer l'efficacité de la production et de la distribution des repas

Constats :

- Distribution en liaison chaude dans le cadre d'un self (170 000 repas/an)
- 2 salles de restaurant ouvert 365 jours / an midi et soir
- Très bonne qualité des repas (enquête de satisfaction : +80% de satisfaisait)
- Alim' confiance : satisfaisant

Plan d'actions, assorti des échéances (sur 5 ans) :

- Alim' confiance : passage à très satisfaisant
- Mise en place d'une production en liaison mixte (chaude/froide) en conservant une qualité égale
- Aménagement des salles de restauration
- Amélioration du confort de la salle à manger (phonique, tables, chaises...)
- Rapprochement de l'économat des cuisines
- Mise en place du tri des déchets par les utilisateurs
- Anti gaspillage alimentaire : Rationalisation des quantités distribuées
- Assurer la distribution des petits déjeuners au sein de l'hébergement FH

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Développer la polyvalence du personnel de la restauration
- Mettre en place les fiches techniques (recettes avec grammage)
- Mettre en œuvre un logiciel de production alimentaire
- Acheter le matériel et mobilier adéquat
- Prendre un cabinet de conseil pour la mise en place de la liaison mixte

- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

- Achat d'un logiciel de production culinaire
- Formation du personnel et des responsables
- Réorganisation du temps de travail

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Coût de revient matière de repas
- Rapport DSV
- Résultat Alim' confiance
- Enquêtes de satisfaction

Perspectives d'améliorations :

- Rationaliser et moderniser le service logistique

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.1

Objectif transversal :

Partager l'expertise acquise par l'institution auprès des partenaires et prescripteurs

Constats :

- Le CRP a acquis une expertise dans le domaine de la formation à de nombreux métiers et en matière d'orientation professionnelle. Par ailleurs, il possède une expérience approfondie des liens entre handicap et reconversion socio – professionnelle, étayée par une diversité de professionnels d'accompagnement qui le composent,
- Le SAMSAH a également acquis une expertise dans l'accompagnement du handicap psychique à domicile et les partenaires constatent que peu de professionnels intervenant à domicile possèdent les connaissances spécifiques qui favoriseraient leurs actions,
- L'ESAT constate que les jeunes et les nouveaux travailleurs ressentent des difficultés à entrer dans le monde du travail adapté : respect des horaires, attention soutenue, exigence de qualité....

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Mettre les plateaux techniques à disposition comme appui technique aux MDPH (ou autres partenaires) en vue d'une découverte métier ou dans la validation des parcours d'orientation (aptitudes et pré-requis d'entrée en formation) par exemple,
- Diversité et expertise des professionnels pouvant être un appui à d'autres partenaires médico-sociaux, aux organismes de formation de milieu ordinaire ainsi qu'aux entreprises,
- Mettre en place des journées de sensibilisation et d'information en direction des personnels des services d'aide à domicile concernant les spécificités du handicap psychique,
- Développer un travail de partenariat avec les institutions et prescripteurs qui préparent les futurs travailleurs à l'insertion professionnelle.
- Poursuivre la coopération avec les IME, IMPRO, FIPS, EREA à travers des journées d'immersion → 2018 - 2022

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

Mettre en place une organisation permettant de recevoir dans l'établissement des personnes ne disposant pas de décision d'orientation CDAPH vers le CRP,
Organiser la mise à disposition de professionnels et ses modalités de facturation,
Proposer des sensibilisations à l'accompagnement des personnes handicapées psychiques aux professionnels des interventions à domicile

- Le cas échéant, en matière de coopération :

Pour l'ESAT :

Signer des conventions avec les IME, IMPRO ... de Dordogne pour formaliser les journées d'immersion
→ 2018 – 2022

Ressources dégagées nécessaires :

- Affecter des temps de professionnels à de nouvelles missions.

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.

Financement des actions d'appui technique

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de personnes accueillies pour ces actions dans l'établissement,
- Temps de professionnels affecté aux actions extérieures,
- Nombre de conventions signées avec les partenaires.

Perspectives d'améliorations :

- Proposer sur le territoire une expertise favorisant les actions des professionnels auprès des personnes handicapées
- Proposer l'établissement comme établissement ressource pour l'accompagnement du handicap psychique

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.2

Objectif transversal :

Ouverture de l'établissement vers l'extérieur

Constats :

L'établissement travaille depuis plusieurs années à une ouverture sur l'extérieur rendue nécessaire par son isolement géographique et la variété des accompagnements conduits auprès des personnes accueillies.

Ainsi :

- L'ESAT est intégré dans un réseau d'établissements de même nature et participe à des actions communes de promotion du handicap mental (semaine de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, différents compétents...).
- L'ESAT participe et anime des réunions entre les directeurs des ESAT de Dordogne
- L'ESAT travaille en lien avec un réseau d'entreprises partenaires pour lequel il réalise une part de leurs activités.
- L'ESAT est tourné vers son territoire par les prestations qu'il effectue auprès de particuliers.
- Le Foyer d'hébergement concourt à plusieurs projets territoriaux (GCS santé mentale, contrat local de santé Nord Dordogne...)
- Du fait même de sa mission, le SAMSAH est impliqué dans la dynamique de son territoire d'intervention
- Le CRP est actif dans le réseau FAGERH, fédération qui regroupe la quasi-totalité des CRP et CPO.
- Le CRP a déjà formalisé plusieurs conventions avec des partenaires : Service Habitat Jeunes de Brive, FNATH, METRO, ADER (auto-école associative), Association Santé Vietnam, Handisport 24, Culture du Cœur 24. Le CRP bénéficie aussi des conventions qui concernent l'ensemble de l'EPD (GCS Santé Mentale ...).
- Le CRP doit rester en lien avec les évolutions des différents secteurs professionnels dans lesquels il dispense des formations et les évolutions des pratiques pédagogiques et d'accompagnement.

En revanche, la diminution d'actions de communication externe auprès des prescripteurs, des orienteurs et du public a eu un impact négatif sur le taux d'occupation du CRP.

Toutefois, cette ouverture sur l'extérieur doit être amplifiée pour faciliter l'intégration des personnes handicapées dans la cité.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Face à la complexité des accompagnements où la réponse ne peut être exclusivement en interne et face à la nécessité d'assurer une continuité dans les parcours de reconversion socio-professionnels (avec l'avant et l'après CRP), le CRP doit maintenir et développer sa politique de partenariat auprès des acteurs médico-sociaux et économique du territoire national : 2018-2022
- Mettre en place des périodes d'immersion obligatoires en entreprise pour les formateurs – 2018
- Favoriser les échanges de pratiques entre professionnels du secteur médico-social et des établissements de formation et d'orientation de milieu ordinaire. 2018-2022
- Des actions de communication externe nombreuses et diversifiées doivent être mises en place et conduites en permanence : 2018
- Organisation de rencontre annuelle des membres du CVS inter ESAT → 2018 - 2022
- Mise en place d'un plan de formation mutualisé pour les ouvriers d'ESAT et le personnel des ESAT de Dordogne → 2019

<u>Moyens de mise en œuvre :</u> - <u>Organisationnels et humains :</u> - Sensibiliser les professionnels au développement d'un réseau de partenaires. - Planifier des périodes d'immersion en entreprise avec chaque formateur. - Assurer une communication auprès des professionnels sur les congrès, journée d'études, groupe de travail... et favoriser leur participation à ces actions. - Relancer une communication externe soutenue avec l'appui du service communication de l'EPD. - <u>le cas échéant, en matière de coopération</u>
<u>Ressources dégagées nécessaires :</u> - Frais de déplacement des professionnels
<u>Moyens supplémentaires nécessaires :</u>
<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</u> - Nombre de périodes en entreprise réalisées - Nombre de conventions conclues - Nombre de participations à des congrès, journées d'études.... - Evolution du nombre de partenaires recensés dans le fichier
<u>Perspectives d'améliorations :</u> - Améliorer l'ouverture des professionnels vers l'extérieur - Favoriser la connaissance des structures de l'EPD auprès de ses partenaires

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPOSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.3

Objectif transversal :

CRP - Installer les actions d'orientation et de formation sur les territoires de proximité

SAMSAH – installer une antenne dans le Terrassonnais

Constats :

- Le SROSMS préconise le rapprochement du dispositif Préorientation des usagers en indiquant : "renforcer le rôle des CRP : la prestation « pré-orientation », essentielle pour réussir une reconversion professionnelle, pourrait être proposée dans tous les territoires".
- Les partenaires et les orienteurs indiquent que la localisation du CRP est, dans certaines circonstances, défavorable du point de vue accessibilité (autonomie de transport, obligation de logement, responsabilités familiales, pour les femmes notamment). Ainsi, certains publics ne peuvent accéder à l'offre proposée par le CRP à Clairvivre, notamment en matière d'actions de préorientation. Pour rapprocher les prestations des personnes qui pourraient en bénéficier, il s'agit donc de créer deux actions de préorientation : l'une située à Boulazac et la seconde sur Brive, cette dernière pouvant drainer les populations de Tulle et du Terrassonnais.
- La création de la région Nouvelle-Aquitaine renforce la pertinence de la présence sur Brive, à proximité de l'établissement, sur un bassin dynamique.
- Enfin, sur Boulazac, il sera envisageable de proposer non seulement des actions de préorientation, mais aussi des dispositifs en amont de la formation, de préparatoires ou de formation professionnelle.
- Plus d'un tiers des bénéficiaires du SAMSAH réside entre Montignac et Terrasson et le nombre de demandes dans ce secteur est constant voire en augmentation.

Plan d'actions, assorti des échéances :

CRP :

- Pour rapprocher les prestations des personnes qui pourraient en bénéficier, il s'agit donc de créer deux actions de préorientation : l'une située à Boulazac et la seconde sur Brive, cette dernière pouvant drainer les populations de Tulle et du Terrassonnais.
- La création de la région Nouvelle-Aquitaine renforce la pertinence de la présence sur Brive, à proximité de l'établissement, sur un bassin dynamique.
- Enfin, sur Boulazac, il sera envisageable de proposer non seulement des actions de préorientation, mais aussi des dispositifs en amont de la formation, de préparatoires ou de formation professionnelle.
- Louer un bâtiment sur Boulazac, tout au long de l'année, pour y implanter nos actions. 2019
- Louer un bâtiment sur Brive, pendant une période déterminée, en vue d'y conduire une préorientation par an. 2018
- Débuter les actions sur Boulazac. 2019
- Débuter les actions sur Brive. 2018

SAMSAH :

- ouvrir une antenne dans le Terrassonnais permettrait de répondre mieux aux besoins des personnes accompagnées, diminuerait les risques pour les professionnels (diminution des temps de trajet)
→ 2018/2019

Moyens de mise en œuvre :

- <u>Organisationnels et humains :</u> - Déplacement des professionnels pour animer les actions sur Boulazac et Brive (formateurs et membre de l'équipe interdisciplinaire). - Déplacement de personnels et de matériels (services techniques, services logistiques, mobilier, informatique). - <u>le cas échéant, en matière de coopération :</u> - Le choix pourrait être fait de ne pas déplacer les membres de l'équipe interdisciplinaire mais d'établir des partenariats avec des professionnels locaux.
<u>Ressources dégagées nécessaires :</u> - Coût de la location des bâtiments - Achat de matériel et de mobilier pour Boulazac - Achat de véhicules
<u>Moyens supplémentaires nécessaires :</u>
<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</u> - Date de début de location des locaux. - Date de démarrage des actions. - Fréquentation, qui dépendra en grande partie des orientations prononcées par les MDPH.
<u>Perspectives d'améliorations</u> - Sur Brive et Boulazac, les prestations seront rapprochées des usagers qui ne pouvaient jusque-là en bénéficier, adaptant ainsi le dispositif tant aux personnes qu'aux territoires. - Du fait de son implantation à Boulazac, dans le campus des formations et avec les organismes de milieu ordinaire, le CRP sera mieux repéré et accroîtra son rayonnement. Par ailleurs, il pourra apporter son expertise en matière d'accompagnement médico-social, en vue de faciliter le parcours des stagiaires de milieu ordinaire. - Ce positionnement géographique permettra d'être en proximité des partenaires avec lesquels nous pourrions travailler les projets en partant de leurs besoins (Pôle Emploi, Missions locales, Cap Emploi, Maisons de l'emploi, associations...). - Rapprocher l'équipe des besoins exprimés sur le territoire permettra de développer des actions de proximité plus facilement et de répondre à des besoins non couverts actuellement.

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.4

Objectif transversal :

ESAT / FH / CRP / SAMSAH - Répondre aux appels à projet, aux appels à candidature

Constats :

- Le positionnement géographique de l'EPD fait de lui un acteur incontournable du Périgord Vert, c'est à ce titre qu'il souhaite répondre aux appels à candidatures (AC) et à projets (AP) qu'il pourrait développer sur sa zone d'influence.
- L'ESAT de Clairvivre s'est positionné sur des appels à candidatures et à projet ces 3 dernières années. Retenu dans le cadre d'une réponse collective sur l'accompagnement des jeunes en situation Creton, il a pu démontrer son implication et son ouverture aux autres acteurs du secteur.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Mettre en place une vigilance constante sur les AP et AC → dès maintenant
- Mettre en place une commission de réponse à AP et AC → dès maintenant
- Poursuivre la construction de son réseau sur le secteur → 2018 - 2022
- Trouver des partenaires potentiels en fonction des AP et AC → 2018 - 2022

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- La vigilance sera opérée par la direction. Dès lors qu'un AP ou AC sort sur le territoire de l'EPD, réunir la commission pour formaliser un début de réponse. Prendre contact avec les partenaires d'ores et déjà repérés et leur proposer une collaboration pour l'élaboration de la réponse.
- Se proposer comme porteur de projet

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Acteurs du secteur

Ressources dégagées nécessaires :

- Temps de personnel à l'effectif pour élaborer la réponse

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.

Financement du personnel, des frais, des investissements en lien avec la réponse à AP ou AC

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de positionnement sur AP ou AC

Perspectives d'améliorations :

- Etre établissement ressources sur son secteur : 30 – 40 km autour de Clairvivre, Corrèze et Haute Vienne comprises

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.5

Objectif spécifique :

CRP - Permettre la préparation et si possible l'obtention du certificat CléA*

*CléA = Socle constitué de l'ensemble des connaissances et compétences qu'il est utile pour un individu de maîtriser afin de favoriser son accès à la formation professionnelle et son insertion professionnelle. Ces connaissances et compétences, même si elles doivent être appréciées dans un contexte professionnel, sont également utiles à la vie sociale, civique et culturelle de l'individu.

Constats :

- Majoritairement pour des raisons de santé ou de niveau, 7 à 9% des personnes accueillies sont amenées à interrompre leur parcours et donc à quitter la structure sans obtention d'une certification.
- Contrairement aux formations qualifiantes dispensées au sein du CRP qui disposent, pour une grande majorité, d'une certification nationale (en effet 15 d'entre elles préparent à un titre professionnel de niveau IV ou V délivré par le Ministère du Travail,) les phases de formations préparatoires (d'une durée comprise entre 3 à 9 mois) ne disposent d'aucune forme de certification.
- Les référentiels de formation des actions préparatoires manquent de formalisation et d'harmonisation.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Maintenir auprès de la personne soutien pédagogique-référente numérique le rôle de "référent CléA" 2018-2022
- Maintenir une communication et un déploiement des actions CléA auprès des personnes accueillies (attention : modalité soumise au maintien du financement des évaluations par le FPSPP) 2018-2022

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Communication et coordination des parcours CléA assurées par le « référent CléA »

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Poursuivre le partenariat engagé en 2017 avec l'AFPA Transitions pour les phases d'évaluation (initiales et finales) obligatoires pour le certificat CléA.

Ressources dégagées nécessaires :

- Transformation du poste de documentaliste en soutien pédagogique – référente numérique (réalisé fin 2016).

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de stagiaires inscrits sur le parcours CléA

Perspectives d'améliorations :

- Identifier auprès des candidats à la formation CléA les plus-values de ce certificat.

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPOSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.6

Objectif spécifique :

CRP - Le déploiement de formations multimodales*

*Une formation multimodale s'affranchit de l'unité de temps, de lieu et d'action. En mobilisant les ingénieries pédagogiques et technologiques, elle combine différentes modalités (présentiel-distanciel, individuel-collectif, asynchrone-synchrone)

Constats :

- Une révolution numérique envahit avec rapidité et ampleur l'ensemble des activités économiques et sociétales. Elle bouleverse, profondément, l'activité, les tâches, les relations de travail et parfois la définition même du travail des différentes filières professionnelles. Les emplois actuels sont amenés à s'adapter, souvent profondément à ces évolutions technologiques.
- Un apprenant souhaite davantage de souplesse dans le « comment apprendre ». Il est plus en recherche d'apprentissages ciblés sur ses besoins, avec des modalités qui lui permettent d'apprendre quand il le veut où il le veut. Le stage unimodal (un contenu, un lieu, un apprentissage synchrone) ne peut plus être une réponse adaptée pour tous.
- Des personnes en situation de handicap n'accèdent pas à la formation professionnelle pour des raisons de mobilité géographique restreinte (suite à des moyens de transport absents ou limités, du fait de charges de famille qui nécessitent un retour au domicile chaque soir, consécutivement à un handicap limitant la mobilité...).

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Informer et sensibiliser les formateurs de l'impact de la révolution numérique sur les activités économiques et sociétales et au panel des outils numériques pédagogiques existants : 1er semestre : 2018
- Recenser et sélectionner les outils numériques nécessaires au déploiement de la multimodalité dans les différents dispositifs du CRP et opérer des choix technologiques et de matériels : 2018 à 2022
- Assurer une cohésion et une diffusion institutionnelle des outils mis en œuvre au sein du CRP, agrémentées si besoin d'un guide des bonnes pratiques : 2018 à 2022

Moyens de mise en œuvre :

Organisationnels et humains :

- Assurer un renouvellement et un développement du matériel informatique et des outils numériques
- Prévoir une maintenance et une assistance informatiques accrues
- Assurer un développement du réseau WIFI dans les espaces de travail et de vie dans le centre
- Maintenir une veille technique et une promotion interne des outils

le cas échéant, en matière de coopération :

- Prendre l'attache d'un chef de projet en e-learning
- Prendre l'appui de l'association ALIPTIC pour le montage du dossier de financement de la transformation digitale

Ressources dégagées nécessaires :

- Transformation du poste de documentaliste en soutien pédagogique-référent numérique
- Recherche de subventions auprès du Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine
- Optimiser l'utilisation des postes informatiques

<u>Moyens supplémentaires nécessaires :</u>
<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</u> - Nombre d'actions multimodales mises en œuvre - Taux de satisfaction des apprenants sur leurs modalités d'apprentissage
<u>Perspectives d'améliorations :</u> - Apporter une réponse adaptée aux demandes d'apprentissages ciblés - Faciliter des entrées en formation décalées

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.7

Objectif spécifique :

CRP - Créer et développer un dispositif FLE (Français Langue Etrangère)

Constats :

- La France dénombre 5 500 000 immigrés dont l'intégration passe par l'apprentissage du français pour trouver et pérenniser un emploi, exercer les fonctions citoyennes et accéder à une autonomie sociale et culturelle. Parmi eux, certains bénéficient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.
- Le SROMS (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale) incite à prendre en compte les personnes handicapées ayant un faible niveau d'étude (V et infra V), ou une connaissance insuffisante de la langue française pour envisager une insertion socio-professionnelle durable. Or, aucun CRP du grand sud-ouest ne propose spécifiquement ce type de formation.
- Les orienteurs, les centres de préorientation et les centres de rééducation professionnelle constatent que certains apprenants étrangers ne maîtrisent pas suffisamment la langue française pour envisager une intégration socio-professionnelle durable. D'où la difficulté pour ces publics les plus éloignés de l'emploi de trouver une orientation professionnelle, d'autant que les dispositifs adaptés à la personne handicapée sont rares et bien souvent en manque de places disponibles.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Faire connaître le dispositif FLE : 2018-2019
- Aménager un pavillon qui permettra de créer un pôle avec les dispositifs AGIS I, PARIS (illettrisme) et FLE : 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Affectation d'un formateur.
- Participation des membres de l'équipe interdisciplinaire à l'accompagnement des stagiaires.
- Restructuration et rénovation d'un local de formation.

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Coopération et éventuellement conventionnement avec des structures et associations pouvant faciliter la mise en œuvre de l'action.

Ressources dégagées nécessaires :

- Transformation d'un poste de formateur.
- Coût de la réhabilitation de local de formation.
- Coût de fonctionnement de l'action.

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Réhabilitation du local de formation.
- Participation des professionnels de l'équipe interdisciplinaire à l'accompagnement des personnes accueillies.
- Taux d'occupation du dispositif.

Perspectives d'améliorations :

- Répondre au besoin croissant d'une population très éloignée de l'emploi du fait de son double handicap (travailleur handicapé et difficultés en langue française).
- Permettre aux personnes accueillies d'acquérir les codes de la citoyenneté française.
- Répondre au manque constaté de dispositif de FLE dans les établissements de rééducation professionnelle, en amont de l'emploi, de la formation ou de l'insertion professionnelle, sur le territoire.
- Utiliser au bénéfice des personnes les compétences diversifiées de l'équipe interdisciplinaire.
- Positionner le CRP comme un établissement innovant au sein des dispositifs de rééducation professionnelle.

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.8

Objectif spécifique :

CRP - Favoriser la réinsertion socio-professionnelle des personnes accueillies

Constats :

- L'une des missions essentielles du CRP est d'accompagner les personnes qu'il reçoit vers une insertion socio-professionnelle durable. L'un des moyens d'y parvenir est la réussite aux titres professionnels, objectif qui est atteint pour une très grande part d'entre elles. En revanche, nous constatons le besoin de renforcer l'accompagnement vers l'insertion dans l'emploi.
- Le service insertion fonctionne actuellement avec 3 agents pour 2,2 ETP : un coordonnateur et deux assistantes, l'une en charge d'actions auprès des stagiaires et de tâches administratives (1 ETP) ; l'autre affectée aux seules tâches administratives (0,2 ETP). L'action est actuellement centrée sur la formation des stagiaires à la dynamique et aux techniques de recherche d'emploi ; l'accompagnement à la recherche de stages et le conventionnement dans ce cadre avec les entreprises concernées ; l'accompagnement rapproché de certains stagiaires à l'insertion en milieu adapté ou protégé.
- Il est nécessaire de renforcer les liens directs entre le CRP et les entreprises, qu'elles soient du milieu ordinaire ou des milieux adaptés et protégés. En effet, l'insertion professionnelle est un des éléments clés du parcours de vie des personnes accueillies, un des critères d'évaluation du CRP, et déterminant pour la prorogation par le ministère du travail des titres professionnels, notamment ceux à faible flux auxquels nous préparons.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Renforcer les liens directs entre le CRP et les entreprises de milieu ordinaire, les entreprises adaptées, les ESAT : 2018-2020
- Engager la collaboration avec les acteurs de l'emploi des travailleurs handicapés : Pôle Emploi, Cap Emploi, Missions locales : 2018-2020
- Participer au dispositif d'emploi accompagné des travailleurs handicapés : 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Renforcer le service insertion à minima d'un agent à temps complet pour assurer ces missions.
- Créer un lieu qui permette de mettre les stagiaires en condition de recherche d'emploi.
- Assurer des actions individuelles ou collectives à destination des stagiaires qui ont un projet de création d'entreprise
- Développer la sensibilisation au handicap au sein des entreprises.
- Améliorer et formaliser les modalités d'accompagnement dans l'entreprise, à l'occasion des stages.
- Améliorer et formaliser les modalités d'accompagnement en entreprise dans le cadre de l'élaboration, de la consolidation et de la vérification du projet.
- Participer à la réponse à l'appel d'offres en vue de mettre en place un dispositif d'emploi accompagné.

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Conventionner avec Cap Emploi
- Coopérer avec Pôle Emploi
- Faire intervenir des professionnels issus des divers lieux d'insertion auprès des stagiaires
- Participer au dispositif d'emploi accompagné

Ressources dégagées nécessaires :

- Transformer à minima un poste pour affecter un agent sur la fonction de lien entre les stagiaires et les entreprises.
- Aménager un local pour rassembler l'ensemble des activités du service insertion.

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Date de mise en place d'un agent sur la fonction envisagée.
- Nombre de contacts avec les entreprises de milieu ordinaire, adapté ou protégé.
- Création d'un local dédié aux activités du service insertion.
- Etre partie prenante du dispositif local d'emploi accompagné.
- Etre en lien, au niveau national, avec les structures en charge de l'emploi accompagné.

Perspectives d'améliorations :

- Favoriser l'insertion professionnelle des stagiaires du CRP à l'issue de leur parcours.
- Faire reconnaître le CRP comme acteur de l'insertion professionnelle, tant par les stagiaires que par les entreprises ou les prescripteurs.

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPOSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.9

Objectif spécifique :

CRP - Créer et développer un dispositif "AGIS !" Action Globale vers l'Insertion Socio-professionnelle

Constats :

- Le SROMS indique que : *"les palettes de formation sont à diversifier notamment en direction des personnes présentant certains types de difficultés, comme un handicap psychique ou ayant un faible niveau d'études"*. Il fait des personnes porteuses de handicap psychique un des publics prioritaires : *"les personnes handicapées psychiques : une large palette de besoins identifiée [...] en passant par [...] l'accompagnement vers et dans l'emploi"*.
- Les orienteurs, les partenaires et les professionnels de l'établissement constatent le manque de structure entre les dispositifs de prise en charge type soin (CHRS, CRPS, HP), éducation spécialisée (IME, IMPro, ITP), sociale (SAMU social, chantiers de réinsertion, associations caritatives) ou établissement pénitentiaire et les établissements de réinsertion socio-professionnelle (type centre de préorientation ou de rééducation professionnelle), permettant aux personnes de se remobiliser pour se reconstruire et élaborer un projet de vie.
- Au fil des années, l'accompagnement des publics en grandes difficultés socio-professionnelles, pour lesquels s'ajoutent des difficultés d'apprentissage est devenu notre cœur de métier. C'est la raison pour laquelle nous avons étoffé notre équipe pluridisciplinaire. Néanmoins, nous observons au sein des nombreux dispositifs, que certains apprenants cumulent trop de difficultés pour être prêts à envisager une intégration socio-professionnelle durable. D'où la difficulté pour ces publics les plus éloignés de l'emploi de trouver une orientation professionnelle. Au regard de ce constat, il nous est apparu nécessaire de mettre en place une formation de type « remobilisation » au CRP de Clairvivre.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Mettre en place le dispositif AGIS ! : 2017
- Affecter un éducateur spécialisé à l'animation de cette action : 2017
- Aménager un pavillon qui permettra de créer un pôle avec les dispositifs AGIS !, PARIS (illettrisme) et FLE (Français Langue Etrangère) : 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Affectation un éducateur spécialisé.
- Participation des membres de l'équipe interdisciplinaire à l'accompagnement des stagiaires.
- Restructuration et rénovation d'un local de formation.

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Coopération et éventuellement conventionnement avec des structures et associations pouvant faciliter la mise en œuvre de l'action.

Ressources dégagées nécessaires :

- Transformation d'un poste en éducateur spécialisé.
- Coût de la réhabilitation de local de formation.
- Coût de l'équipement en matériel.
- Coût de fonctionnement de l'action.

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Mise en place de l'action.
- Réhabilitation du local de formation.
- Participation des professionnels de l'équipe interdisciplinaire à l'accompagnement des personnes accueillies.
- Taux d'occupation du dispositif.

Perspectives d'améliorations :

- Ce nouveau dispositif répondra au manque constaté de dispositif de remobilisation dans les établissements de rééducation professionnelle, en amont de l'emploi, de la formation ou de l'insertion professionnelle, tant au niveau local que national.
- Donner les conditions adéquates à certaines personnes en rupture avec l'emploi pour développer leur propre pouvoir d'agir, se (re)mobiliser, prendre conscience par elles-mêmes de ce qu'elles sont capables de faire afin d'élaborer un projet d'insertion socio-professionnelle.
- Utiliser au bénéfice des personnes les compétences diversifiées de l'équipe interdisciplinaire.
- Positionner le CRP comme innovant au sein des dispositifs de rééducation professionnelle.

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.10

Objectif spécifique :

ESAT - Adapter l'offre aux besoins et au territoire

ESAT - Être établissement ressources (en perspective d'amélioration)

Constats :

L'ESAT doit adapter son accompagnement aux nouveaux publics que sont :

- Les jeunes provenant d'IME/IMPRO
- Les personnes atteintes de troubles psychiques
- Les personnes handicapées vieillissantes (PHV)

Et répondre aux souhaits de sorties vers le milieu ordinaire de travail ou de formation

De plus l'ESAT de Clairvivre reçoit des demandes de stage de plus en plus nombreuses provenant de personnes vivant sur le terrassonnais. La présence du SAMSAH de Clairvivre sur ce territoire a permis de mettre en exergue le manque d'accompagnement par le travail sur ce secteur. Par ailleurs, ce secteur bénéficie encore d'un tissu industriel et d'entreprise pouvant permettre de développer une activité hors les murs. Pour débiter une demande de 5 places supplémentaires permettrait de répondre au souhait du public du territoire et de démarrer l'activité sur les quelques entreprises partenaires.

Du fait de son expertise, des nombreuses activités développées, de son emplacement géographique, l'ESAT peut être présenté comme établissement de recours dans le cadre des situations complexes ou critique.

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Mettre en place un accueil spécifique pour les jeunes d'IME/IMPRO → 2018
- Adapter le temps de travail des PHV, poursuivre les formations/actions de préparation à la retraite → 2019
- Mettre en place un SAT Hors Murs de 5 places sur le terrassonnais → 2021
- S'appuyer sur la présence du SAMSAH sur le secteur pour mutualiser les moyens → 2021

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

Pour adapter son accompagnement il faudra :

- Mettre en place dès l'arrivée, des jeunes IME/IMPRO ou personnes connaissant des pathologies psychiques, un contrat d'accompagnement spécifique. Durée de l'accompagnement pour les jeunes (maximum 1 an, deux fois la période d'essai), pour les personnes atteintes de troubles psychiques pas de délai.
- Intégrer les personnes à cet accompagnement spécifique, dès lors qu'elles auront été décelées (par les encadrants ou le corps médical) comme devant relever de ce dispositif.
- Le dispositif IME/IMPRO et Handicap Psychique :
 - o Un encadrant dédié à cet accompagnement
 - o L'accompagnement se déroule, en partie, sur les ateliers déjà existants
 - o Adapter le temps de travail
 - o Mettre en place un groupe de parole, des activités spécifiques, un atelier spécifique en complément des ateliers principaux
 - o Un professionnel pour 10 personnes
- Adapter notre accompagnement des PHV :
 - o Adapter le temps de travail

- Proposer des ateliers de repli (pour des temps séquentiels ou partiels)
- Mettre en place un groupe de parole, rencontre avec des anciens collègues retraités
- Visiter des lieux d'accueil possibles

Pour répondre au souhait de sortie vers le milieu ordinaire il faudra :

- Mettre en place un service d'insertion et Emploi Accompagné :
 - Avoir un personnel dédié
 - Mettre en place des ateliers de recherche d'emploi, d'une formation
 - Organiser des visites d'entreprises, de lieux de formation
 - Rencontrer des employeurs potentiels, construire un réseau d'employeur
 - Mettre en place des stages, des mises à disposition préparatoires à une sortie
 - Poursuivre l'accompagnement après la signature d'un contrat de travail ou une entrée en formation

Pour créer un SAT hors murs, il faudra :

- Une équipe (1 ETS, 0.5 ergo) sera dédiée à cet accompagnement très spécifique. Elle sera envoyée dans différents ESAT pratiquant cet accompagnement spécifique sur d'autres territoires. Elle sera accueillie dans les mêmes locaux que l'antenne du SAMSAH, des liens entre les deux services pourront s'opérer facilement. Des mutualisations de personnel également : intervention de l'ergothérapeute par exemple.
- L'ETS et l'ergothérapeute seront intégrés au service insertion, ils devront rendre compte toutes les semaines, au CSE en charge du service, de leur activité.
- L'ETS sera responsable du développement du réseau d'entreprise sur son secteur, de l'accompagnement au poste, des relations clients.
- L'ergothérapeute sera en charge de l'adaptation au poste des bénéficiaires.
- Ils devront établir des tableaux de bord à remonter tous les mois à la direction et l'administration de l'ESAT.

- le cas échéant, en matière de coopération :

- CRP de Clairvivre, AFPA, AFPPA, GRETA, SAMSAH de Clairvivre ...
- Réseau d'employeur, Chambres Consulaires

Ressources dégagées nécessaires :

Pour adapter son accompagnement :

- 1 ETP de MA pour un groupe de 10 personnes (par redéploiement)
- 1 ETP d'ETS pour l'Insertion et l'Emploi Accompagné
- Aménagement de lieux d'accueil spécifiques (salle de repos, lieux d'échange, lieu de travail annexe, salle de formation informatisée)
- Véhicule VL déplacement insertion
- Transport établissement
- Matériel informatique, bureautique

Pour SAT hors murs :

- Temps de CSE inscrit à l'effectif
- Temps de personnel (administratif, de direction) inscrit à l'effectif
- 1 ETP d'ETS par redéploiement

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.

Création de 5 places de SAT Hors Murs, impliquant une dotation à la place et le versement par l'ASP du complément de rémunération.

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

Pour adapter son accompagnement :

- Nombre de personnes suivies dans le dispositif de transition
- Nombre de personnes suivies par le service d'insertion
- Nombre de sorties vers le milieu ordinaire

Pour SAT hors murs :

- Nombre de personnes accompagnées
- Nombre d'heures de travail effectives
- Nombre d'entreprises partenaires

Perspectives d'améliorations :

- Être référent de l'emploi accompagné sur le Périgord Vert
- Le SAT Hors Murs peut être un tremplin pour des sorties vers le milieu ordinaire de travail
- Augmentation du nombre de places, si le modèle fonctionne

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPOSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.11

Objectif spécifique :

FH / SAMSAH - S'inscrire dans le cadre national de la politique d'aide aux aidants

Constats :

- Augmentation du nombre de personne travaillant à temps partiel à l'ESAT et qui ne savent pas occuper leur temps libre au FH.
- Nécessité de rompre l'isolement social des bénéficiaires du SAMSAH, de développer leur créativité,...

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Création d'un accueil de jour itinérant au SAMSAH
- Ouverture de l'accueil de jour du FH aux personnes extérieures à l'EPD de Clairvivre : reconnaissance de l'accueil de jour par le CD
- Création de places d'accueil temporaire en internat pour pouvoir accueillir des personnes qui vivent habituellement à domicile pour quelques jours.

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Equipe dédiée sur l'accueil de jour FO/FH + bâtiment spécifique rénové en 2017

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Développement de coopération avec CMS pour accueil de jour SAMSAH (prêt de salle, diffusion de l'information,...)

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires :

- Soumis à la validation du CD pour les places en FH/FO et à la reconnaissance officielle de l'accueil de jour (labellisation) pour pouvoir faire de l'accueil extérieur.

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de participants extérieurs au SAMSAH à l'accueil de jour
- Nombre de demande pour l'accueil de jour au FH.
- Questionnaire de satisfaction des participants

Perspectives d'améliorations :

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.12

Objectif spécifique :

SAVS - Répondre à de nouveaux besoins sur le territoire

Constats :

- Augmentation du nombre de places d'externe à l'ESAT

Plan d'actions, assorti des échéances

- Redéploiement de places de FH en place de SAVS → 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Transformation d'un poste pour un poste de professionnel socio-éducatif au SAVS

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Création d'un réseau partenarial sur le secteur d'intervention en s'appuyant sur le réseau créé par les professionnels du SAMSAH.

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de demande de SAVS
- Nombre de contrats signés

Perspectives d'améliorations :

- Meilleure réponse aux besoins sur le territoire.

ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

FICHE ACTION N°6.13

Objectif spécifique :

Création d'un foyer occupationnel pour adulte handicapé par transformation de places FH

Constats :

- Vieillesse de la population du FH.
- Entrée de jeunes au FH/ESAT avec réorientation au bout de deux ou trois ans suite à un constat d'incapacité de travail en situation réelle.
- Demande de maintien des liens entre résidents malgré l'arrêt du travail

Plan d'actions, assorti des échéances :

- Restructuration d'un étage du bâtiment principal afin d'obtenir un espace lieu de vie et un espace de nuit distinct : 2019 - 2021
- Création d'une équipe éducative dédiée par affectation fondée sur le volontariat : 2019 – 2021

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :
- le cas échéant, en matière de coopération :

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du CD.

Pas de moyen supplémentaire : reconversion de place FH et adéquation du tarif FO sur la base de 2 places FH.

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de demandes de FO

Perspectives d'améliorations :

- Maintien des liens et des lieux connus pour les PA

ANNEXE N° 3 : TABLEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
ORIENTATION STRATEGIQUE 1 : LA PERSONNE HANDICAPEE AU CŒUR DE SON PROJET								
1.1 - Objectif transversal : Faire du Conseil de Vie Sociale une instance incontournable de concertation et de propositions	- Taux de participation aux élections, - Nombre de candidatures, - Suivi des avis émis par le Conseil de Vie Sociale							
1.2 - Objectif spécifique : CRP - Accompagnement des temps libres des personnes accueillies	Taux de participation aux activités proposées							
1.3 - Objectif spécifique : L'accompagnement individualisé au CRP	- L'affectation des professionnels case manager - Formalisation des modalités d'échanges - Nombre de contacts pris avec les structures d'accompagnement amont et en aval							
1.4 - Objectif spécifique : Développer l'intégration des ouvriers de l'ESAT dans le tissu économique	- Nombre de visites organisées - Nombre de visiteurs présents au forum pour l'emploi							
1.5 - Objectif spécifique : ESAT - Renforcer la place de la famille	- Nombre de participation du représentant des familles à la réunion du CVS - Nombre de retour (courrier, mail, téléphonique) concernant le PI - Nombre de visiteurs (famille, entourage) au JPO							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : LA QUALITE AU CŒUR DU DISPOSITIF								
2.1 – Objectif transversal : Développer l'appropriation de la démarche d'amélioration continue de la qualité, Evaluation, Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ)	• Enquêtes de satisfaction • Enquête sur la connaissance et l'appropriation de la démarche • Taux d'avancement du Plan d'action qualité • Pourcentage d'intégration des projets QHSE dans le PACQ unique <u>ESAT :</u> • Nombre de réunion de processus • Pourcentage d'atteinte des objectifs • Nombre de réclamations des clients							
2.2 - Objectif transversal : Sécurité des locaux – Généralisation de la détection incendie dans les locaux d'hébergement	• Nombre de locaux équipés de détecteur de fumée • Nombre d'alarmes et de traitements enregistrés							
2.3 - Objectif transversal : Promotion de la bientraitance – prévention de la maltraitance	• Nombre et qualité des actions de formation mises en œuvre • Taux de satisfaction des stagiaires sur la qualité de leur accompagnement • Nombre d'accueil des nouveaux ouvriers • Nombre de représentants formés • Nombre d'interventions effectives • Nombre d'incidents identifiés							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
2.4 - Objectif transversal : Humanisation des locaux d'hébergement et de formation – sécurité et humanisation des locaux	Etat d'avancement du projet par phase de réalisation							
2.5 - Objectif spécifique : Accéder à la certification AFNOR pour le CRP et le CPO	- Réalisation des étapes mentionnées - Obtention de la certification AFNOR.							
2.6 - Objectif spécifique : FH - Diversifier les modalités d'hébergement	- Nombre de demandes pour Excideuil - Nombre de sorties en milieu ordinaire après passage par Excideuil - Nombre de demande pour pavillon cohabitation/co-location							
2.7 - Objectif spécifique : FH - Développer de nouvelles formes d'accompagnement, Adapter l'offre aux évolutions du public accueil, Faire vivre des collectifs plus restreints	Fermeture du self pour les petits déjeuners							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
3.2 - Objectif spécifique : Accompagnement médical et paramédical des stagiaires du CRP	• Nombre d'actions de prévention et de promotion à la santé menées • Affecter 80% du temps de travail médecin aux actions d'aide à l'élaboration et la vérification du projet professionnel des personnes accueillies, ainsi qu'à la mise en œuvre de ce projet par la formation • Formalisation des modalités d'échange entre professionnels							
3.3 - Objectif spécifique : FH : prévention vie affective et intime								
ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : S'ENGAGER DANS LA LOGISTIQUE DE DEMAIN								
4.1 - Objectif transversal : Efficience : Développer une politique de transport fondée sur l'efficience ; Développement Durable : Améliorer la gestion de la flotte de véhicules	• Taux d'utilisation des véhicules à disposition en réservation et avec accompagnement chauffeur • Coût d'entretien des véhicules au km • Diminution de la facture d'essence							
4.2 - Objectif transversal : Améliorer le traitement et la distribution de l'eau : Améliorer la qualité de l'eau potable distribuée, Améliorer la qualité des rejets de la station d'épuration à boue activée, Continuer à réduire le risque légionnelle au sein des réseaux ECS (Eau Chaude Sanitaire)	• Conformité des paramètres de la qualité de l'eau (analyse) • Relevé régulier des températures sur le réseau ECS (Carnet Sanitaire) • Analyse annuelle de la conformité des eaux par prélèvement							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
4.3 - Objectif transversal : Développement Durable : Améliorer l'efficience énergétique des bâtiments et équipements	• Consommations de combustibles fossiles pour le chauffage de confort • Relevé des compteurs énergétiques des chaufferies et des factures associées							
4.4 - Objectif transversal : Améliorer la gestion des déchets	• Quantité de déchets valorisés au niveau de l'aire de collecte							
4.5 - Objectif transversal : S'engager dans une démarche environnementale dans l'entretien des espaces-Verts	• Comptabilisation des heures de travail affectées à l'entretien des espaces-verts • Agrément et satisfaction visuels							
4.6 - Objectif transversal : Développer l'accessibilité des locaux, Compléter l'inventaire de l'accessibilité des locaux de l'établissement, Rendre accessible nos supports de communications	• Nombres d'actions et de travaux réalisés issus du diagnostic accessibilité • Nombres de documents rédigés							
4.7 - Objectif transversal : Rationaliser les achats au sein de l'EPD afin d'accroître leur efficience pour améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies	• Comparaison mensuelle du coût de revient matière de repas • Suivi de l'évolution des dépenses dans les comptes principaux du groupe 1 • Pesée des déchets alimentaires (une période représentative) • Fréquence des travaux d'entretien préventif • Programme d'investissement en matière d'entretien des bâtiments							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
ORIENTATION STRATEGIQUE 5 : EFFICIENCE								
5.1 - Objectif transversal : Développer une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour mettre en adéquation les moyens humains avec les nouveaux besoins des personnes accompagnées	- Evolution de la masse salariale globale - Evaluer à la fin du CPOM, le nombre de nouveaux métiers - Evolution du tableau des effectifs (ETP et catégorie socio-professionnelle)							
5.2 - Objectif transversal : Développer l'efficience de la production et de la distribution des repas	- Coût de revient matière de repas - Rapport DSV - Résultat Alim' confiance - Enquêtes de satisfaction							
ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS								
6.1 - Objectif transversal : Partager l'expertise acquise par l'institution auprès des partenaires et prescripteurs	- Nombre de personnes accueillies pour ces actions dans l'établissement, - Temps de professionnels affecté aux actions extérieures, - Nombre de conventions signées avec les partenaires							
6.2 - Objectif transversal : Ouverture de l'établissement vers l'extérieur	- Nombre de périodes en entreprise réalisées - Nombre de conventions conclues - Nombre de participations à des congrès, journées d'études... - Evolution du nombre de partenaires recensés dans le fichier							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
6.3 - Objectif transversal : CRP - Installer les actions d'orientation et de formation sur les territoires de proximité – SAMSAH – Installer une antenne sur le Terrassonnais	- Date de début de location des locaux. - Date de démarrage des actions. - Fréquentation, qui dépendra en grande partie des orientations prononcées par les MDPH.							
6.4 - Objectif transversal : ESAT / FH / CRP / SAMSAH - Répondre aux appels à projet, aux appels à candidature	Nombre de positionnement sur AP ou AC							
6.5 - Objectif spécifique : CRP - Permettre la préparation et si possible l'obtention du certificat CléA*	Nombre de stagiaires inscrits sur le parcours CléA							
6.6 - Objectif spécifique : CRP - Le déploiement de formations multimodales*	- Nombre d'actions multimodales mises en œuvre - Taux de satisfaction des apprenants sur leurs modalités d'apprentissage							
6.7 - Objectif spécifique : CRP - Créer et développer un dispositif FLE (Français Langue Etrangère)	- Réhabilitation du local de formation. - Participation des professionnels de l'équipe interdisciplinaire à l'accompagnement des personnes accueillies. - Taux d'occupation du dispositif.							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
6.8 - Objectif spécifique : CRP - Favoriser la réinsertion socio-professionnelle des personnes accueillies	• Date de mise en place d'un agent sur la fonction envisagée. • Nombre de contacts avec les entreprises de milieu ordinaire, adapté ou protégé. • Création d'un local dédié aux activités du service insertion. • Etre partie prenante du dispositif local d'emploi accompagné. • Etre en lien, au niveau national, avec les structures en charge de l'emploi accompagné.							
6.9 - Objectif spécifique : CRP - Créer et développer un dispositif "AGIS !" Action Globale vers l'Insertion Socio-professionnelle	• Mise en place de l'action. • Réhabilitation du local de formation. • Participation des professionnels de l'équipe interdisciplinaire à l'accompagnement des personnes accueillies. • Taux d'occupation du dispositif.							
6.10 - Objectif spécifique : ESAT - Adapter l'offre aux besoins et au territoire ; Etre établissement ressources (en perspective d'amélioration)	Pour adapter son accompagnement : • Nombre de personnes suivies dans le dispositif de transition • Nombre de personnes suivies par le service d'insertion • Nombre de sorties vers le milieu ordinaire Pour SAT hors murs : • Nombre de personnes accompagnées • Nombre d'heures de travail effectives • Nombre d'entreprises partenaires							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
6.11 - Objectif spécifique : FH / SAMSAH - S'inscrire dans le cadre national de la politique d'aide aux aidants	• Nombre de participants extérieurs au SAMSAH à l'accueil de jour • Nombre de demande pour l'accueil de jour au FH. • Questionnaire de satisfaction des participants							
6.12 - Objectif spécifique : SAVS - Répondre à de nouveaux besoins sur le territoire	• Nombre de demande de SAVS • Nombre de contrats signés							
6.13 - Objectif spécifique : Création d'un foyer occupationnel pour adulte handicapé par transformation de places FH	• Nombre de demandes de FO							

ANNEXE N° 4 : INDICATEURS DE PERFORMANCE

1. L'exploitation en routine des indicateurs d'alerte

➤ **6 indicateurs socle PA/PH communs à tous les établissements :**

Les 6 indicateurs socle proposés :

- 1) Taux d'endettement
Pourrait être associé à l'indicateur secondaire "taux de vétusté des constructions".
- 2) Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes
Indicateur secondaire : examen du taux de CAF.
- 3) Taux d'absentéisme
Indicateurs secondaires :
 - poids de recours à l'intérim ;
 - le taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management ;
 - Taux d'absentéisme par motif.
- 4) Taux d'occupation des lits ou places financées.
- 5) Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe.
- 6) Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance
(Notion de parcours et restructuration de l'offre)

➤ Indicateurs spécifiques par type d'établissement :

Indicateurs spécifiques ESAT

- 1) Répartition par âge des personnes accompagnées
- 2) Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées.

Indicateurs spécifiques aux SESSAD et SAMSAH

- 1) Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées
- 2) File active des personnes accompagnées.

ANNEXE N° 5 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Années	Places au début du CPOM	Variation N	Variation N+1	Variation N+2	Variation N+3	Variation N+4	Places à la fin du CPOM
	Etablissements /services						
	ESMS XX						
	ESMS XX						
	ESMS XX						
	...						
	Total						
Poids des services au regard de l'offre global							

ANNEXE N° 6 : PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL (PGFP)

	N-1	N	N+1	N+2	N+3	N+4
Problema	16 377 377,77 €	16 420 537,00 €	16 358 747,00 €	16 413 153,00 €	16 399 300,00 €	16 716 450,00 €
Grupo 1: Ficheros de la biblioteca	100 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Grupo 2: Otros servicios por divididos por el propietario	1 344 000,00 €	1 177 125,00 €	1 250 125,00 €	1 345 540,00 €	1 300 377,00 €	1 344 731,00 €
Grupo 3: Otros servicios de limpieza	540 000,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Grupo 4: Otros servicios de limpieza	271 410,00 €	11 253,00 €	25 842,00 €	25 842,00 €	25 842,00 €	25 842,00 €
Grupo 5: Otros servicios de limpieza	17 840 847,17 €	16 424 636,00 €	16 424 636,00 €	16 424 636,00 €	16 424 636,00 €	16 424 636,00 €
Grupo 6: Otros servicios de limpieza	17 623 477,77 €	16 424 636,00 €	16 424 636,00 €	16 424 636,00 €	16 424 636,00 €	16 424 636,00 €
Grupo 7: Otros servicios de limpieza	3 116 430,00 €	3 140 025,00 €	3 116 430,00 €	3 116 430,00 €	3 116 430,00 €	3 116 430,00 €
Grupo 8: Otros servicios de limpieza	13 322 430,00 €	13 254 324,00 €	13 322 430,00 €	13 322 430,00 €	13 322 430,00 €	13 322 430,00 €
Grupo 9: Otros servicios de limpieza	1 100 250,00 €	2 251 622,00 €	2 251 622,00 €	2 251 622,00 €	2 251 622,00 €	2 251 622,00 €
Grupo 10: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 11: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 12: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 13: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 14: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 15: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 16: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 17: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 18: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 19: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 20: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 21: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 22: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 23: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 24: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 25: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 26: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 27: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 28: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 29: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 30: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 31: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 32: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 33: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 34: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 35: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 36: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 37: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 38: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 39: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 40: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 41: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 42: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 43: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 44: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 45: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 46: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 47: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 48: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 49: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 50: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 51: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 52: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 53: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 54: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 55: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 56: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 57: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 58: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 59: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 60: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 61: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 62: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 63: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 64: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 65: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 66: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 67: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 68: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 69: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 70: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 71: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 72: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 73: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 74: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 75: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 76: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 77: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 78: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 79: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 80: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 81: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 82: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 83: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 84: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 85: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 86: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 87: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 88: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 89: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 90: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 91: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 92: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 93: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 94: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 95: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 96: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 97: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €
Grupo 98: Otros servicios de limpieza	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 250,00 €	1 000 2		

ANNEXE N° 7 : SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION EXTERNE



RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE EPD – MAI 2012

Synthèse rapport évaluation externe FH

Synthèse : éléments communs aux trois structures FH/ESAT/CRP

LES CONDITIONS D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE L'ESMS

Contexte

Un projet d'établissement a été élaboré récemment pour la période 2010-2015. L'élaboration du présent projet a été réalisée en tenant compte de la recommandation de l'ANESM sur la rédaction du projet d'établissement.

Il se base également sur les résultats l'évaluation interne.

Il a été élaboré de manière participative avec les professionnels avec la participation des personnes accueillies.

Le projet d'établissement du Foyer d'hébergement est une déclinaison du projet de l'Etablissement Public Départemental (EPD) qui regroupe, juridiquement :

- Trois établissements médico-sociaux distincts :
 - L'Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (ESAT) (CAT Bertran de Born)
 - le Foyer d'Hébergement (FH)
 - le Centre de Rééducation Professionnelle (CRP)
- des services transversaux qui remplissent des missions pour ces trois établissements Cette particularité favorise une mutualisation des moyens et un meilleur service rendu. La situation actuelle en termes d'évolution de la population est la suivante :
 - une diminution légère de la déficience intellectuelle et une augmentation parallèle des troubles psychiques et du comportement.
 - une part importante de personnes « vieillissante ».
 - « un certain nombre est ainsi repéré comme ne possédant pas les requis de base en matière scolaire ».
 - « de plus en plus de personnes souffrant de handicaps sociaux (exclusion, désocialisation) et/ou porteuses de handicaps psychiques sont orientées sur les structures CAT-FH »

Des orientations ont été définies et intégrées au projet d'établissement en lien avec l'évolution de la population accueillie et de leurs attentes mais également des besoins identifiées au niveau du territoire :

Orientations FH :

- « Diversifier l'offre d'hébergement permettant d'accompagner la personne accueillie dans l'apprentissage et la gestion des actes de la vie quotidienne.
 - o Un des pavillons sera prochainement un lieu d'hébergement « intermédiaire » à l'entrée ou au cours de la prise en charge de la personne accueillie avec pour objectif de pouvoir évaluer et consolider les autonomies des personnes dans les actes de la vie quotidienne. »

- « Une réflexion concernant le projet du service animation est actuellement en cours et aura pour objectif de tenir compte des différents besoins des personnes accueillies en termes de gestion du temps libre par des activités de loisirs et de sport adapté. Une proposition d'accompagnement et de planification d'activités de loisirs pour les personnes accueillies ne travaillant pas à temps plein sera étudiée. »

Orientation ESAT :

- Augmenter la population accueillie (+ 35 personnes)
- Développement de ses activités autour du pôle agricole, environnement naturel du à son implantation.
- décentralisation de certains de ses ateliers industriels et de ses services vers les villes de Terrasson, Thiviers et Nontron.
- Plus grande intégration dans le milieu ordinaire des travailleurs handicapés.
- Création d'une SACAT de 20 places, fonctionnant sur un rythme annuel, qui permettrait de résoudre cette double équation d'une mise au travail difficile et d'un retrait progressif du travail.

Le projet étant récent ces orientations ne sont pas encore mises en œuvre du fait.

Orientation CRP :

- Réaffirmer la vocation médico-sociale de l'établissement en valorisant l'accompagnement interdisciplinaire : le lien, dans le cadre du projet individuel, entre les équipes médicales, paramédicales, sociales et pédagogiques doit être formalisé, activé, mobilisé et ce, de manière continue.
- Mieux définir la rééducation professionnelle et notamment, l'étape qu'elle représente dans le parcours professionnel des personnes accueillies.
- Mettre en avant les missions d'orientation et de qualification visant à favoriser l'insertion socioprofessionnelle.
- Développer des actions éducatives de conseils en économie sociale et familiale, d'accompagnement au parcours de formation et à la documentation, à la gestion de la chambre.

En lien avec l'évolution de la population des actions complémentaires sont réalisées.

- Pour l'adaptation à l'augmentation des troubles psy, un groupe de travail « programme de formation pathologie psy » définit le cahier des charges pour une formation ainsi que les impacts sur l'accompagnement.
- Pour la problématique de l'addictologie des accompagnements spécifiques ont été développés

Ces orientations sont actuellement en cours de mise en œuvre. De nombreuses actions sont d'ores et déjà effectives.

Synthèse rapport évaluation externe FH

Point forts

- Le projet d'établissement existe et a mobilisé des personnels pour son écriture qui peuvent disposer d'un exemplaire via l'intranet de l'établissement. Il sera très prochainement présenté en réunions de services et institutionnelles.
- Les prestations et activités mises en œuvre sont cohérentes avec les missions confiées définies pour les foyers d'hébergements.
- La mise en œuvre effective des orientations prévues dans le projet. La participation des personnes accueillies a été effective.
- La prise en charge des personnes accueillies s'effectue d'une manière globale (sociale et professionnelle) au travers d'un projet individuel partagé avec les équipes de L'ESAT.

Points à améliorer

- Le projet d'établissement ne décline pas les prestations en activités.
- Certaines thématiques sont peu ou pas abordées :
 - Déclinaison des prestations et des activités au regard des missions de l'établissement.
 - Principes d'intervention.
 - Planification des axes stratégiques d'évolution.
 - L'adaptation des modalités d'intervention au regard de l'évolution de la population.
 - L'ouverture de l'établissement sur son environnement.
- L'évolution de la population n'est pas étudiée, elle n'est pas été intégrée dans le projet d'établissement.
- Le projet d'établissement ne constitue pas un outil de management.
 - La part projective est peu développée.
 - Il ne prévoit pas sa démarche d'évaluation.

Préconisations

- Compléter le projet d'établissement en lien avec la recommandation de bonne pratique de l'ANESM « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service, mai 2010 ».
 - Projectif sur les 5 années à venir.
 - Hiérarchisant des objectifs identifiés et des plans d'action appropriés à mettre en œuvre.
 - Précisant l'adaptation des modalités d'intervention au regard de l'évolution de la population.
 - Incluant un calendrier précisant les dates de réalisation des plans d'action.
 - Intégrant sa propre démarche d'évaluation tant dans sa mise en œuvre que l'atteinte des objectifs fixés.
- Faire apparaître dans le futur projet d'établissement.
 - La déclinaison des prestations et des activités au regard des missions de l'établissement.
 - Les principes d'intervention.
 - L'ouverture de l'établissement sur son environnement.
 - La dimension collective et individuelle de l'accueil et de l'accompagnement.
- Réaliser un bilan des projets individuels mis en œuvre afin d'interroger le projet d'établissement sur les prestations, les activités et les organisations.

« Les résultats des évaluations pourront être rapprochés de manière à ce que les informations récurrentes enrichissent la réflexion des professionnels sur les améliorations à apporter à leurs pratiques, leurs prestations, leur organisation... Dans le cadre de cette analyse, il est recommandé de réaliser un bilan des attentes non satisfaites. Les équipes pourront ainsi déterminer les actions à promouvoir pour construire les réponses aux attentes non satisfaites récurrentes ».

- Certaines orientations du schéma seront à étudier dans le futur projet d'établissement.

- Améliorer l'articulation entre les ESMS et le secteur psychiatrique.
- Adapter les prestations et les compétences à l'évolution des personnes accueillies :
 - Au vieillissement et la détérioration des capacités cognitives
 - A l'augmentation des pathologies mentales, des troubles psychiatriques.
 - Il pourrait s'agir
 - D'une augmentation des besoins en soins.
 - D'une adaptation de l'hébergement pour diminuer la part du collectif.
 - Augmenter le nombre d'hébergements en « logements regroupés » voire en « logements éclatés ».
 - De formations à l'accompagnement du vieillissement.
- Développer l'accueil temporaire et/ou l'accueil séquentiel.
- Développer l'accueil en familles d'accueil.

L'EVALUATION INTERNE ET DYNAMIQUE DES ACTIONS PLANIFIEES ET DE LA DEMARCHE QUALITE

(Les conditions d'organisation concernant la qualité de l'accompagnement des usagers et les modalités de leur évaluation avec la participation de l'utilisateur).

Contexte

La loi 2002-2 institue l'évaluation interne et externe des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au L312-1 du CASF. Le législateur a ainsi lié la démarche d'évaluation au contenu d'une loi qui consacre la place de l'utilisateur et instaure la qualité comme exigence de l'action sociale.

Répondant positivement à cette nouvelle obligation, l'établissement a fait le choix de créer un référentiel et a défini les thématiques prioritaires et les critères d'évaluation de ces thématiques en tenant compte des préconisations de l'ANESM publiées à l'époque.

La dynamique qualité a été instaurée suite aux évaluations internes. Elle s'appuie sur un service qualité et une structure de gestion de projet dont les missions des différents acteurs sont définies (direction, COSSEV, Comité de pilotage, référent, groupes de travail,...).

La démarche mise en place est pragmatique essentiellement orientée sur la mise en œuvre du plan d'action issu des résultats de l'évaluation interne.

Point forts

- Le temps et les moyens consacrés à la démarche qualité.
- La démarche qualité est menée dans le cadre d'une dynamique participative.
- Un plan d'action d'amélioration de la qualité a été réalisé suite à l'évaluation interne. La quasi-totalité des actions prévues sont réalisées.
- Les principales procédures d'organisation de l'établissement ont été élaborées. La Gestion documentaire est opérante (validation, réactualisation, accessibilité), les documents sont accessibles aux professionnels.
- Le travail d'appropriation des RBPP par la réalisation d'une autoévaluation sur la bientraitance.
- La démarche participative de l'évaluation interne et sa structuration.

Points à améliorer

- La notion d'objectifs d'améliorations, évaluables, est insuffisamment développée.
- La faible appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Elles ne sont pas connues des professionnels.
- La place des référents des fonctions transversales et de la cellule qualité.
- L'intégration de la démarche qualité avec le management de l'établissement.

Préconisations

- Renforcer la démarche de management par la qualité, qui donnera tout son sens au travail déjà réalisé.
 - Définition d'objectifs d'améliorations évaluables
 - Evaluation d'impact, d'atteinte des objectifs.
- Mettre en place un système de recueil des événements indésirables (dysfonctionnements).
- Intégrer la démarche qualité dans la démarche de management de l'établissement.
- Mettre en adéquation les missions du référent, telles que définies dans la fiche de poste, avec leur mise en œuvre.
- Déployer la démarche d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM déjà initiée sur la bientraitance. (veille, diffusion, évaluation et mise en œuvre d'actions d'améliorations).
- Réorienter l'évaluation interne.
 - Aborder l'évaluation interne comme une démarche continue qui devra faire l'objet d'un bilan dans les rapports d'activités annuels. Il s'agira de définir des priorités évaluatives et de planifier leurs évaluations de façon pluriannuelle.
 - Adapter le référentiel au contexte de l'établissement (projet d'établissement, politique qualité, priorités nationales et territoriales).
 - Evaluer l'impact et l'efficacité des organisations et moyens mis en œuvre. Elle doit permettre l'appréciation systématique de :
 - la pertinence (les finalités de l'action sont-elles en cohérence avec les objectifs prioritaires définis par les pouvoirs publics, avec les besoins de l'utilisateur ?),
 - la cohérence (l'action constitue-t-elle une réponse adaptée aux besoins ou problèmes identifiés ?),
 - l'impact (quels sont les effets de l'action, souhaités ou non ?),
 - l'efficacité (les résultats obtenus sont-ils conformes aux objectifs retenus, aux besoins identifiés ?),
 - l'efficience (les résultats sont-ils à la mesure de l'ensemble des moyens mobilisés
▪ ?) des actions conduites.
- Instaurer des audits internes.

L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES USAGERS.

Contexte

La participation des personnes accueillies est favorisée par:

- Un CVS opérationnel. Il est commun aux 3 structures.
- La mise en place d'une « boîte à idées ».
- La participation à l'élaboration du projet personnalisé.
- Les personnes accueillies sont représentées au Conseil d'Administration, à la commission menue et au Conseil de discipline.

Point forts

- Des temps de rencontres sont organisés entre les membres élus du CVS et les personnes accueillies, Un local dédié est mis à leur disposition.
- La participation des personnes accueillies aux différentes étapes de leurs projets individuels dans une démarche de co-construction.
- La participation des personnes accueillies à la vie quotidienne et à l'organisation du foyer d'hébergement est efficiente.
- Le rôle des représentants élus est assumé avec responsabilité, l'espace parole est largement facilité.
- Le CVS aborde l'ensemble des thématiques du fonctionnement quotidien de l'établissement.

Points à améliorer

- Le président et le directeur fixent les ordres du jour, le Président est un représentant des familles (ce qui n'est pas conforme au décret).
- La participation du résident à une réunion de recueil de données n'est pas envisagée.

Préconisations

- Renforcer la participation des personnes accueillies à la démarche d'évaluation interne par une participation directe aux groupes d'évaluation et/ou par des enquêtes de satisfaction qualitative (groupes d'expressions) sur des thématiques définies.
- La réflexion sur certaines thématiques stratégiques, respect des droits, principes d'intervention (Principes de sécurité, autonomie, citoyenneté laïcité, égalité, liberté de circuler, la vie sexuelle et amoureuse, liberté de choix des personnes accueillies, prévention de la maltraitance, la gestion des paradoxes sécurité/autonomie,...) pourraient faire l'objet d'une réflexion plus approfondie de la part du CVS pour qu'il soit force de proposition.
- Créer un CVS adapté spécifiquement à la population de l'ESAT et du foyer.
- Traiter au cas par cas d'une participation plus importante de la personne accueillie à l'élaboration de son projet.

LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE OU INDIVIDUELLE.

Contexte

La prévention de la maltraitance constitue une préoccupation prioritaire de l'EPD depuis 2008. L'établissement a mis en place des formations adaptées sur le thème « secret professionnel et partagé » obligatoire pour tous les professionnels de l'EPD en 2008.

Une formation « prévention de la maltraitance/promotion de la bientraitance en institution est organisée chaque année depuis 2008 pour l'ensemble des professionnels de l'EPD.

Des réunions débats au FH ont également permis d'évoquer ce thème.

Un plan de prévention de la maltraitance a été réalisé sur 2010 et 2011. Il a donné lieu à la mise en place des procédures de signalement et de gestion des situations de maltraitance.

Ce plan de prévention a été soumis aux instances du CVS, du CTE, du CA et du CHSCT.

Une charte Bientraitance a été élaborée par un groupe de travail en s'appuyant sur les paroles des personnes accueillies dont le recueil a été réalisé lors de « café débat » (au FH) sur ce thème.

Une charte bientraitance sera affichée dans les locaux suite à la présentation en CVS (juin 2012).

Point forts

- La formation sur le thème de la maltraitance a été bien perçue par l'ensemble des salariés qui en ont fait une vigilance quotidienne.
- Le livret d'accueil du stagiaire mentionne les actions mises en œuvre par l'établissement en faveur de la bientraitance
- Des réunions débats ont également permis d'évoquer ce thème.
- Des référentiels ont été élaborés dans une démarche d'appropriation des RBPP de l'ANESM concernant la bientraitance et la maltraitance. Cela a donné lieu à un autodiagnostic. La mise en œuvre des actions d'améliorations est en cours.

Points à améliorer

- Le sujet de la maltraitance n'a pas encore été abordé au sein du conseil de la vie sociale.
- La procédure de signalement n'est pas connue de certains professionnels.
- Les différents numéros d'appel utiles et les affiches réglementaires d'aide au signalement et à la lutte contre la maltraitance (3977) ne sont pas diffusés.

Préconisations

- Conduire au sein de l'équipe d'encadrement une réflexion sur les signaux d'alerte. Il est recommandé que les équipes d'encadrement formalisent les « événements sentinelles » ou « clignotants » susceptibles d'attirer l'attention de l'encadrement sur une situation particulièrement à risque en matière de maltraitance. Ceci permet d'entretenir au sein de l'encadrement un niveau de conscience et de vigilance élevé et une cohésion d'équipe.
- Développer une démarche d'accueil des professionnels ou des stagiaires comportant un moment de communication consacré à la question de la maltraitance.
- Aborder ouvertement le sujet de la maltraitance au sein du conseil de la vie sociale. Il est recommandé que le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au sein du CVS de manière anonyme ou

de toute autre forme ou instance de participation, afin que les représentants des personnes accueillies puissent évoquer librement les difficultés éventuelles qu'ils rencontrent en la matière, et que le sujet ne soit pas tabou.

- Indiquer les différents numéros d'appel utiles et apposer les affiches réglementaires d'aide au signalement et à la lutte contre la maltraitance (3977).

L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE.

Contexte

L'établissement se trouve dans une situation toute particulière : il s'agit d'un complexe d'établissements héritier d'une histoire atypique par la création d'un centre de soins pour les blessés du poumon de la 1^{ère} guerre mondiale accompagnés de leur famille. L'isolement géographique a nécessité de construire une petite ville avec tous les équipements que cela représentait (fourniture de l'énergie, réseau d'eau potable voirie...équipements sanitaires et maisons pour les logements), atelier de formations professionnelles offrant une vie en totale autarcie.

Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement une identification des enjeux stratégiques a été réalisée sous la forme d'enquête par questionnaires et de rencontres auprès notamment de la DDASS et DIRECCT. Pour la DT ARS, « l'implantation géographique de Clairvivre est plus un handicap qu'un atout. L'intégration à la vie sociale pose problème ».

Pour autant, l'établissement qui accueille sur un même lieu : CPO/CRP jouxtant le FH, de l'ESAT a su intelligemment intégrer des activités artisanales touristiques et commerciales (mairie du village, poste, épicerie, coiffeur, crèche, école, station-service-garage), permettant également aux touristes par le biais de locations de gîtes de côtoyer les personnes qui y vivent et de mettre en exergue la vente directe des productions agricoles et florales.

La remise en état et la location à un tiers, du centre équestre donnera une dimension encore plus visible de ce dispositif d'ouverture de l'établissement.

Les problématiques du vieillissement et de l'augmentation de la part du handicap psychique observées au niveau du territoire, se retrouvent dans l'établissement.

Point forts

- Pour la mise en œuvre des projets individuels, une coopération entre le FH et l'ESAT est obtenue par la réalisation d'un projet individuel commun. Cela favorise une prise en charge globale, médicale, sociale et professionnelle de la personne accueillie lui garantissant une cohésion autour de son projet d'accueil et d'accompagnement.
- L'établissement accueille des stagiaires dans le cadre de stages de découverte ou d'orientation (26 pour 2011). Des places d'hébergement sont prévues pour l'accueil des stagiaires.
- Mise en place de transports spécifiques permettant les liaisons avec les voies de communications éloignées (trains..).
- Les activités et animations sur l'extérieur sont recherchées, sorties culturelles et de loisirs, création d'une association sportive affiliée au niveau national, intégration dans les clubs sportifs (club de football de Salagnac,...).
- Les réponses apportées par le projet d'établissement répondent aux actions définies dans le SROSMS (2012-2016). Ces réponses sont :

- Intégration d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale de la Dordogne dont la première mission est de « contribuer à l'animation, la promotion et le développement des activités physiques et sportives en direction des personnes en situation de handicap mental.
- Projet de GCSMS pour l'accueil de personnes vieillissantes. HL d'Excideuil, EHPAD de Lanouaille et Thiviers et EHPAD de Hautefort et Terrasson.
- Adaptation des temps de travail aux personnes relevant potentiellement d'un Foyer occupationnel.
- Création d'un SAMSAH (1 place en 2011, 9 places en 2012, 10 places en 2013 pour une capacité totale de 20 places).
- L'enquête menée auprès des partenaires montre un bon niveau de satisfaction sur :
 - La connaissance des prestations de l'établissement. Les
 - modalités de coordination
 - La connaissance des valeurs et missions.

Points à améliorer

- Il n'y a pas des bilans ni d'évaluation des partenariats.

Préconisations

- Développer une démarche d'évaluation des partenariats (indicateurs, enquêtes de satisfaction des partenaires, bilans des actions mises en œuvre).
- Définir dans le projet d'établissement les coopérations à développer.
- Certaines améliorations pourraient-être abordées dans le cadre de conventions de partenariat.
 - Le CHPE Eygurande exprime le souhait de développer une convention pour améliorer la communication sur les prérogatives de chacun (secret professionnel, personnes ressources...).
 - De fournir « un état des lieux régulier des places disponibles (EPD de Clairvivre). Vous fournir un état des lieux des patients stabilisés, afin de limiter les attentes et de pouvoir envisager les projets dans un temps raisonnable ».
 - L'IME Saint Laurent souhaiterait :
 - Un renforcement des relations avec l'EPD en cours de stages
 - des rencontres annuelles.
 - Une simplification du dossier de candidature.

AUTRES ELEMENTS DE SYNTHESE

Thèmes	Points forts	Préconisations
Le droit et la participation des usagers	L'information de l'utilisateur sur les droits fondamentaux et les voies de recours. Les documents d'information de l'utilisateur : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, sont actualisés, remis et explicités. La Charte de la personne accueillie a fait l'objet d'une adaptation pour être plus accessible. La non discrimination des usagers dans le cadre de l'admission. L'existence d'une commission d'admission. La possibilité de rencontrer tout professionnel concerné par son accompagnement est facilitée. Les personnes accueillies expriment une satisfaction sur ce point. Le règlement de fonctionnement précise l'existence et les modalités d'accès de la personne accueillie à son dossier. Une procédure en cours de validation précisera les règles de consultation de son dossier. La personne accueillie est informée sur les éléments de son accompagnement, elle est présente systématiquement à l'évaluation et au bilan socio-professionnel (réalisés à l'atelier). La confidentialité des données concernant l'utilisateur est globalement assurée. Le respect de l'intimité est favorisé par Des logements individuels et le	Adapter à la population accueillie les supports d'information. Renforcer l'accompagnement des personnes accueillies à la compréhension de leur fiche de paye notamment sur le « laissé à dispositions » au regard des dispositions liées à l'aide sociale à l'hébergement. Formaliser les critères d'admission dans le projet d'établissement. Un accès simplifié directement auprès de l'encadrant pourrait être envisagé pour les éléments d'information touchant directement à son accompagnement (évaluations, bilans,...). Conserver dans une armoire fermée à clef les éléments « papier » du dossier de la personne accueillie, détenus par les équipes éducatives, afin d'éviter un risque d'accès non maîtrisé. Améliorer l'isolement phonique : des logements. des locaux où se déroulent les entretiens

	plus souvent équipés de sanitaires (douches Wc). ▪ La possibilité de vivre en couple (1 2 chambres doubles). ▪ Chaque résident dispose d'une clef pour son studio. ▪ Chaque logement est équipé d'un œilleton. ▪ Le résident est informé des interventions faites dans son studio (ménage, maintenance). ▪ Le logement est considéré comme un lieu privé. Des projets de rénovations sont prévus et planifiés dans le PPI. Ils intègrent notamment une amélioration de l'isolation phonique, un agrandissement et un meilleur agencement des sanitaires.	avec l'équipe éducative. Equiper l'ensemble des logements en salle de bains.
La personnalisation de l'intervention	Un projet personnalisé (Projet individualisé) est réalisé pour chaque personne accueillie selon une trame commune. Une instruction précise les différentes étapes d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du projet individualisé. Le projet est renouvelé tous les ans. La pluridisciplinarité et la coordination du projet personnalisé sont assurées. L'intervention d'un partenaire (mandataire judiciaire,...) dans l'accompagnement de la personne accueillie est formalisée en termes d'action dans le projet individualisé. Le projet individualisé fait l'objet d'évaluations régulières et de réactualisations. La participation de la personne accueillie à son projet est obtenue par : • L'expression de ses souhaits qui sont retranscrits dans le « recueil de données ». • Sa participation à l'évaluation	Engager une réflexion sur les écrits professionnels dans le cadre du projet personnalisé. • Poser des objectifs évaluable et les décliner en actions planifiées. • Etablir pour chaque objectif les moyens de leur évaluation. • Faire transparaître l'interdisciplinarité dans les projets individuels. • Elaborer une fiche de suivi des actions prévues dans les projets individuels. Développer des outils d'évaluation de la personne accueillie afin d'améliorer l'objectivité et la vision commune partagée par l'équipe pluridisciplinaire. Les plans d'actions pourraient faire apparaître de façon plus importante des objectifs communs nécessitant des actions des différents intervenants (éducateurs, animateurs, soignants, psychologue,...). Envisager une participation de la personne accueillie à une réunion de recueil de données. Mener une réflexion sur le traitement au

	annuelle. La restitution de son projet. La tenue du dossier de l'usager permet d'assurer la coordination, la cohérence et la continuité de l'accompagnement.	cas par cas d'une participation plus importante de la personne accueillie à l'élaboration de son projet. Organiser de façon formelle un point de suivi du projet avec la personne accueillie. On peut noter cependant, que certaines informations touchant à l'accompagnement de la personne accueillie au FH et utiles aux encadrants ne sont pas systématiquement transmises (et inversement). Un outil du type « cahier de liaison » pourrait-être développé.
La sécurité des usagers et la gestion des risques	La gestion des médicaments est organisée pour assurer la sécurité et la conformité des traitements. Différentes modalités de distributions sont mises en œuvre pour s'adapter au niveau d'autonomie de la personne accueillie. La structure est organisée pour assurer la sécurité des personnes et des biens contre l'incendie. Les points de regroupement sont « connus » et cités sur les consignes de sécurité données aux professionnels. La mise en place d'un système de repérage et de traitement des dysfonctionnements. La maintenance des installations et équipements est réalisée. Les réserves sont levées au fur et à mesure. L'évaluation des risques professionnels est opérante. L'organisation et la sécurité des transports est assurée. Le risque routier a été pris en compte par l'établissement en collaboration avec la CARSAT sur la base d'un livret spécifique.	Mise en place de panneaux d'information sur les points de regroupement. Disposer de véhicules équipés pour le transport des personnes accueillies en fauteuil roulant. Permettre aux chauffeurs ne disposer d'un téléphone portable professionnel. Les chauffeurs expriment le souhait de disposer d'une tenue permettant de les identifier, pour les transports réalisés dans le cadre du transport médical.

	La blanchisserie a obtenu le renouvellement de la qualification RABC (étendue au circuit du linge). Les conditions de restauration sont conformes aux normes de sécurité et d'hygiène alimentaires. L'hygiène des locaux est adaptée à leurs fonctions et à leur usage. Les équipes d'entretien des locaux suivent des protocoles d'hygiène.	
Les ressources humaines mobilisées	Existence de délégations formalisées notamment en cas d'absence du chef d'établissement. L'adéquation des ressources humaines à la mise en œuvre du projet d'établissement. Les besoins d'évolution des compétences ne sont pas définis dans le projet d'établissement mais une mise en place de la GPMC est initiée Des fiches métiers (FPH) permettent d'identifier et de porter les ajustements en termes de transformation des métiers du médicosocial, de fixer les enjeux croissants autour de la transversalité des compétences nécessaires en termes d'accompagnement. Le dialogue social est efficient.	Organiser l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés.
L'organisation du travail	Les horaires de présence des professionnels sont adaptés à la présence et à l'accompagnement des personnes accueillies. Les réunions nécessaires à la coordination de l'accompagnement sont définies dans le projet d'établissement et effective. Une Fiche «d'accompagnement » reprenant les informations importantes concernant une personne accueillie permet d'informer l'encadrant qui assure le relai. Des règles d'astreinte sont définies, connues des professionnels et permettent d'assurer continuité et sécurité de la prise en charge.	

Synthèse rapport évaluation externe ESAT

LES CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE L'ESMS

Des orientations ont été définies et intégrées au projet d'établissement en lien avec l'évolution de la population accueillie et de leurs attentes mais également des besoins identifiés au niveau du territoire :

- Augmenter la population accueillie (+ 35 personnes)
- Développement de ses activités autour du pôle agricole, environnement naturel du à son implantation.
- décentralisation de certains de ses ateliers industriels et de ses services vers les villes de Terrasson, Thiviers et Nontron.
- Plus grande intégration dans le milieu ordinaire des travailleurs handicapés.
- Création d'une SACAT de 20 places, fonctionnant sur un rythme annuel, qui permettrait de résoudre cette double équation d'une mise au travail difficile et d'un retrait progressif du travail.

Le projet étant récent ces orientations ne sont pas encore mises en œuvre du fait.

Point forts

- Le projet d'établissement existe et a mobilisé des personnels pour son écriture qui peuvent disposer d'un exemplaire via l'intranet de l'établissement. Il sera très prochainement présenté en réunions de services et institutionnelles.
- Les prestations et activités mises en œuvre sont cohérentes avec les missions confiées définies aux ESAT.
- La cohérence des orientations prévues dans le projet avec les besoins de la population et les demandes du territoire.
- La participation des personnes accueillies a été effective.
- La prise en charge des personnes accueillies s'effectue d'une manière globale (sociale et professionnelle) au travers d'un PI partagé avec les équipes du foyer d'hébergement.

Points à améliorer

- Le projet d'établissement ne décline pas les prestations et les activités.
- Certaines thématiques sont peu ou pas abordées :
 - ☞ Déclinaison des prestations et des activités au regard des missions de l'établissement. Principes d'intervention.
 - ☞ Planification des axes stratégiques d'évolution.
 - ☞ L'adaptation des modalités d'intervention au regard de l'évolution de la population. L'ouverture de l'établissement sur son environnement.
- L'évolution de la population n'est pas étudiée, elle n'est pas été intégrée dans le projet d'établissement.
- Le projet d'établissement ne constitue pas un outil de management.
 - ☞ La part projective est peu développée.
 - ☞ Il ne prévoit pas sa démarche d'évaluation.

Préconisations

- Compléter le projet d'établissement en lien avec la recommandation de bonne pratique de l'ANESM « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service, mai 2010 ».
 - Projectif sur les 5 années à venir.
 - Hiérarchisant des objectifs identifiés et des plans d'action appropriés à mettre en œuvre.
 - Précisant l'adaptation des modalités d'intervention au regard de l'évolution de la population.
 - Incluant un calendrier précisant les dates de réalisation des plans d'action.
 - Intégrant sa propre démarche d'évaluation tant dans sa mise en œuvre que l'atteinte des objectifs fixés.
- Faire apparaître dans le futur projet d'établissement
 - La déclinaison des prestations et des activités au regard des missions de l'établissement.
 - Les principes d'intervention.
 - L'ouverture de l'établissement sur son environnement.
- Réaliser un bilan des projets individuels mis en œuvre afin d'interroger le projet d'établissement sur les prestations, les activités et les organisations.

« Les résultats des évaluations pourront être rapprochés de manière à ce que les informations récurrentes enrichissent la réflexion des professionnels sur les améliorations à apporter à leurs pratiques, leurs prestations, leur organisation... Dans le cadre de cette analyse, il est recommandé de réaliser un bilan des attentes non satisfaites. Les équipes pourront ainsi déterminer les actions à promouvoir pour construire les réponses aux attentes non satisfaites récurrentes ».

- Certaines orientations du schéma seront à étudier dans le futur projet d'établissement.
 - Améliorer l'articulation entre les ESMS et le secteur psychiatrique.
 - Adapter les prestations et les compétences à l'évolution des personnes accueillies :
 - Au vieillissement et la détérioration des capacités cognitives
 - A l'augmentation des pathologies mentales, des troubles psychiatriques.
 - Il pourrait s'agir
 - D'une augmentation des besoins en soins.
 - De formations à l'accompagnement du vieillissement.
 - D'une adaptation des ateliers (besoins poste fixe, travail plus répétitif).

L'EVALUATION INTERNE ET DYNAMIQUE DES ACTIONS PLANIFIEES ET DE LA DEMARCHE QUALITE

(Les conditions d'organisation concernant la qualité de l'accompagnement des usagers et les modalités de leur évaluation avec la participation de l'usager).

Contexte

La loi 2002-2 institue l'évaluation interne et externe des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au L312-1 du CASF. Le législateur a ainsi lié la démarche d'évaluation au contenu d'une loi qui consacre la place de l'usager et instaure la qualité comme exigence de l'action sociale.

Répondant positivement à cette nouvelle obligation, l'établissement a fait le choix de créer un référentiel et a défini les thématiques prioritaires et les critères d'évaluation de ces thématiques en tenant compte des

préconisations de l'ANESM publiées à l'époque.

La dynamique qualité a été instaurée suite aux évaluations externes. Elle s'appuie sur un service qualité et une structure de gestion de projet dont les missions des différents acteurs sont définies (direction, COSSEV, Comité de pilotage, référent, groupes de travail,...).

La démarche mise en place est pragmatique essentiellement orientée sur la mise en œuvre du plan d'action issu des résultats de l'évaluation interne.

Parallèlement et de manière intégrée, système qualité a fait l'objet d'une certification ISO sur les activités commerciales et médico-sociales, sauf pour l'atelier horticulture maraîchage pour lequel elle est programmée en 2013.

Point forts

- Le temps et les moyens consacrés à la démarche qualité.
- La démarche qualité est menée dans le cadre d'une dynamique participative. Un plan d'action d'amélioration de la qualité a été réalisé suite à l'évaluation interne, des actions complémentaires ont également été identifiées et intégrées au plan d'action. La quasi-totalité des actions prévues sont réalisées.
- Les principales procédures d'organisation de l'établissement ont été élaborées. La Gestion documentaire est opérante (validation, réactualisation, accessibilité), les documents sont accessibles aux professionnels.
- Le travail d'appropriation des RBPP par la réalisation d'une autoévaluation sur la bientraitance.
- La démarche participative de l'évaluation interne et sa structuration.

Points à améliorer

- La notion d'objectifs d'améliorations, évaluables, est insuffisamment développée.
- La faible lisibilité des procédures pour le public accueilli.
- La faible appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Elles ne sont pas connues des professionnels.

Préconisations

- Renforcer la démarche de management par la qualité, qui donnera tout son sens au travail déjà réalisé.
 - Définition d'objectifs d'améliorations évaluables
 - d'impact, d'atteinte des objectifs.
- Mettre en place un système de recueil des événements indésirables (dysfonctionnements).
- Déployer la démarche d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM déjà initiée sur la bientraitance. (veille, diffusion, évaluation et mise en œuvre d'actions d'améliorations).
- Réorienter l'évaluation interne.
 - Aborder l'évaluation interne comme une démarche continue qui devra faire l'objet d'un bilan dans les rapports d'activités annuels. Il s'agira de définir des priorités évaluatives et de planifier leurs évaluations de façon pluriannuelle.

- Adapter le référentiel au contexte de l'établissement (projet d'établissement, politique qualité, priorités nationales et territoriales).
- Evaluer l'impact et l'efficacité des organisations et moyens mis en œuvre. Elle doit permettre l'appréciation systématique de :
 - la pertinence (les finalités de l'action sont-elles en cohérence avec les objectifs prioritaires définis par les pouvoirs publics, avec les besoins de l'utilisateur ?),
 - la cohérence (l'action constitue-t-elle une réponse adaptée aux besoins ou problèmes identifiés ?),
 - l'impact (quels sont les effets de l'action, souhaités ou non ?),
 - l'efficacité (les résultats obtenus sont-ils conformes aux objectifs retenus, aux besoins identifiés ?),
 - l'efficience (les résultats sont-ils à la mesure de l'ensemble des moyens mobilisés ?) des actions conduites.

L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES USAGERS

Contexte

La participation des personnes accueillies est favorisée par :

- Un CVS commun aux 3 structures.
- L'organisation de réunions d'ateliers (1 par trimestre).
- La réalisation d'une enquête de satisfaction.
- La mise en place d'une « boîte à idées ».
- La participation à l'élaboration du projet personnalisé.

Point forts

- Des temps de rencontres sont organisés entre les membres élus du CVS et les personnes accueillies, Un bureau dédié est mis à leur disposition.
- La participation des personnes accueillies aux différentes étapes de leurs projets individuels dans une démarche de co-construction.
- La participation des personnes accueillies à la vie quotidienne et à l'organisation de l'ESAT est efficiente.
- Le rôle des représentants élus est assumé avec responsabilité, l'espace parole est largement facilité.
- Le CVS aborde l'ensemble des thématiques du fonctionnement quotidien de l'établissement.

Points à améliorer

- Le président et le directeur fixent les ordres du jour, le Président est un représentant des familles (ce qui n'est pas conforme au décret).
- La participation de la personne accueillie à une réunion de recueil de données n'est pas envisagée.

Préconisations

- Créer un CVS adapté spécifiquement à la population de l'ESAT et du foyer.
- Renforcer la participation des personnes accueillies à la démarche d'évaluation interne par une participation directe aux groupes d'évaluation et/ou par des enquêtes de satisfaction qualitative (groupes d'expressions) sur des thématiques définies.
- La réflexion sur certaines thématiques stratégiques, respect des droits, principes d'intervention (Principes de sécurité, autonomie, citoyenneté laïcité, égalité, liberté de circuler, la vie sexuelle et amoureuse, liberté de choix des personnes accueillies, prévention de la maltraitance, la gestion des paradoxes sécurité/autonomie,...) pourraient faire l'objet d'une réflexion plus approfondie de la part du CVS pour qu'il soit force de proposition.
- Traiter au cas par cas d'une participation plus importante de l'utilisateur à l'élaboration de son projet.

LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE OU INDIVIDUELLE.

Contexte

La prévention de la maltraitance constitue une préoccupation prioritaire de l'EPD depuis 2008. L'établissement a mis en place des formations adaptées sur le thème « secret professionnel et partagé » obligatoire pour tous les professionnels de l'EPD en 2008.

Une formation « prévention de la maltraitance/promotion de la bientraitance en institution est organisée chaque année depuis 2008 pour l'ensemble des professionnels de l'EPD.

Des réunions débats au FH ont également permis d'évoquer ce thème.

Un plan de prévention de la maltraitance a été réalisé sur 2010 et 2011. Il a donné lieu à la mise en place des procédures de signalement et de gestion des situations de maltraitance.

Ce plan de prévention a été soumis aux instances du CVS, du CTE, du CA et du CHSCT.

Une charte Bientraitance a été élaborée par un groupe de travail en s'appuyant sur les paroles des personnes accueillies dont le recueil a été réalisé lors de « café débat » (au FH) sur ce thème.

Une charte bientraitance sera affichée dans les locaux suite à la présentation en CVS (juin 2012).

Point forts

- La formation sur le thème de la maltraitance a été bien perçue par l'ensemble des salariés qui en ont fait une vigilance quotidienne.
- Des réunions débats ont également permis d'évoquer ce thème.
- Des référentiels ont été élaborés dans une démarche d'appropriation des RBPP de l'ANESM concernant la bientraitance et la maltraitance. Cela a donné lieu à un autodiagnostic. La mise en œuvre des actions d'améliorations est en cours.

Points à améliorer

- Le sujet de la maltraitance n'a pas encore été abordé au sein du conseil de la vie sociale.
- La procédure de signalement n'est pas connue de certains professionnels.
- Les différents numéros d'appel utiles et les affiches réglementaires d'aide au signalement et à la lutte contre la maltraitance (3977) ne sont pas diffusés.

Préconisations

- Conduire au sein de l'équipe d'encadrement une réflexion sur les signaux d'alerte

Il est recommandé que les équipes d'encadrement formalisent les « événements sentinelles » ou « clignotants » susceptibles d'attirer l'attention de l'encadrement sur une situation particulièrement à risque en matière de maltraitance. Ceci permet d'entretenir au sein de l'encadrement un niveau de conscience et de vigilance élevé et une cohésion d'équipe.

- Développer une démarche d'accueil des professionnels ou des stagiaires comportant un moment de communication consacré à la question de la maltraitance.
- Aborder ouvertement le sujet de la maltraitance au sein du conseil de la vie sociale.

Il est recommandé que le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au sein du CVS de manière anonymisée ou de toute autre forme ou instance de participation, afin que les représentants des personnes accueillies puissent évoquer librement les difficultés éventuelles qu'ils rencontrent en la matière, et que le sujet ne soit pas tabou.

- Indiquer les différents numéros d'appel utiles et apposer les affiches réglementaires d'aide au signalement et à la lutte contre la maltraitance (3977).

L'OUVERTURE DEL'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE.

Contexte

L'établissement se trouve dans une situation toute particulière : il s'agit d'un complexe d'établissements héritier d'une histoire atypique par la création d'un centre de soins pour les blessés du poumon de la 1ère guerre mondiale accompagnés de leur famille. L'isolement géographique a nécessité de construire une petite ville avec tous les équipements que cela représentait (fourniture de l'énergie, réseau d'eau potable voirie...équipements sanitaires et maisons pour les logements), atelier de formations professionnelles offrant une vie en totale autarcie.

Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement une identification des enjeux stratégiques à été réalisée sous la forme d'enquête par questionnaires et de rencontres auprès notamment de la DDASS et DIRECCT. Pour l'ARS, « l'implantation géographique de Clairvivre est plus un handicap qu'un atout. L'intégration à la vie sociale pose problème ».

Pour autant, l'établissement qui accueille sur un même lieu : CPO/CRP jouxtant le FH, de l'ESAT a su intelligemment intégrer des activités artisanales touristiques et commerçantes (mairie du village, poste, épicerie, coiffeur, crèche, école, station service-garage), permettant également aux touristes par le biais de locations de gîtes de côtoyer les personnes qui y vivent et de mettre en exergue la vente directe des productions agricoles et florales.

La remise en état et la location à un tiers, du centre équestre donnera une dimension encore plus visible de ce dispositif d'ouverture de l'établissement.

Les problématiques du vieillissement et de l'augmentation de la part du handicap psychique observées au niveau du territoire, se retrouvent dans l'établissement.

Point forts

- Développement d'activités artisanales, touristiques et commerçantes sur le site.
- Conventions de stage avec des entreprises proches de la cité clairvivre.
- Les activités des ateliers sont fortement tournées vers l'extérieur. C'est le cas pour les ateliers :
 - Menuiserie bois
 - Station Service
 - Espaces verts
 - Les ateliers du pôle agricole
 - Repassage
 -
- Les réponses apportées par le projet d'établissement répondent aux actions définies dans le SROSMS (2012-2016). Ces réponses sont :
 - Intégration d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale de la Dordogne dont la première mission est de « contribuer à l'animation, la promotion et le développement des activités physiques et sportives en direction des personnes en situation de handicap mental.
 - Projet de GCSMS pour l'accueil de personnes vieillissantes. HL d'Excideuil, EHPAD de Lanouaille et Thiviers et EHPAD de Hautefort et Terrasson.
 - Adaptation des temps de travail aux personnes relevant potentiellement d'un ATO
 - Création d'un SAMSAH (1 place en 2011, 9 places en 2012, 10 places en 2013 pour une

capacité totale de 20 places).

- L'établissement accueille des stagiaires (travailleurs handicapés) : dans le cadre de « périodes d'évaluation » (2 par an), dans le cadre de stages de découverte ou d'orientation (26 pour 2011).
- Des liens de partenariat existent avec pôle emploi pour réaliser des « stages d'évaluation » des personnes accueillies.
- L'enquête menée auprès des partenaires montre un bon niveau de satisfaction sur :
 - ☞ La connaissance des prestations de l'établissement.
 - ☞ Les modalités de coordination
 - ☞ La connaissance des valeurs et missions.

Points à améliorer

- Il n'y a pas des bilans ni d'évaluation des partenariats.
- Si le principe des stages à l'extérieur (milieu ordinaire, autres ESAT) est acquis pour certaines personnes accueillies au travers des demandes des personnes accueillies dans le cadre de leur projet individualisé, ceux-ci sont au demeurant peu nombreux.

Préconisations

- Développer une démarche d'évaluation des partenariats (indicateurs, enquêtes de satisfaction des partenaires, bilans des actions mises en œuvre).
- Définir dans le projet d'établissement les coopérations à développer.
- Développer les stages en milieu ordinaire et inter ESAT.
- Certaines améliorations pourraient être abordées dans le cadre de conventions de partenariat.
 - Le CHPE Eygurande exprime le souhait de développer une convention pour améliorer la communication sur les prérogatives de chacun (secret professionnel, personnes ressources...).
 - De fournir « un état des lieux régulier des places disponibles (EPD de Clairvivre). Vous fournir un état des lieux des patients stabilisés, afin de limiter les attentes et de pouvoir envisager les projets dans un temps raisonnable ».
 - L'IME Saint Laurent souhaiterait :
 - Un renforcement des relations avec l'EPD en cours de stages
 - des rencontres annuelles.
 - Une simplification du dossier de candidature.

AUTRES ELEMENTS DE SYNTHESE

Thèmes	Points forts	Préconisations
Le droit et la participation des usagers	L'information de l'utilisateur sur les droits fondamentaux et les voies de recours. Les documents d'information de l'utilisateur : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de soutien et d'aide par le travail (CSAT), sont actualisés, remis et explicités. La non discrimination des usagers dans le cadre de l'admission. L'existence d'une commission d'admission. La possibilité de rencontrer tout professionnel concerné par son accompagnement est facilitée. Les personnes accueillies expriment une satisfaction sur ce point. Le règlement de fonctionnement précise l'existence et les modalités d'accès de la personne accueillie à son dossier. Une procédure en cours de validation précisera les règles de consultation de son dossier. La personne accueillie est informée sur les éléments de son accompagnement, elle est présente systématiquement à l'évaluation et au bilan socio-professionnel (réalisés à l'atelier). La confidentialité des données concernant l'utilisateur est globalement assurée. Dans tous les ateliers, sauf station service, un bureau fermé permet de réaliser des entretiens confidentiels. Des projets de rénovations sont prévus et planifiés dans le PPI pour adapter les vestiaires des ateliers.	Adapter à la population accueillie les supports d'information. Renforcer l'accompagnement des personnes accueillies à la compréhension de leur fiche de paie notamment sur le « laissé à dispositions » au regard des dispositions liées à l'aide sociale à l'hébergement. Formaliser les critères d'admission dans le projet d'établissement. Un accès simplifié directement auprès de l'encadrant pourrait être envisagé pour les éléments d'information touchant directement à son accompagnement (évaluations, bilans,...). Adapter les vestiaires des ateliers dont les conditions d'intimité et de confort attendus ne sont pas remplies (locaux trop exigus, absence de douche). Créer un local séparé sur l'atelier station service. Permettre dans les bureaux vitrés la possibilité de réaliser des entretiens à l'abri des regards.

La personnalisation de l'intervention	Un projet personnalisé (Projet individualisé) est réalisé pour chaque personne accueillie selon une trame commune. Une instruction précise les différentes étapes d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du projet individualisé. Le projet est renouvelé tous les ans. La pluridisciplinarité et la coordination du projet personnalisé sont assurées. Un référent et un référent suppléant sont identifiés pour chaque usager, il s'agit de l'encadrant concerné. L'intervention d'un partenaire (mandataire judiciaire,...) dans l'accompagnement de la personne accueillie est formalisée en termes d'action dans le projet individualisé. Le projet individualisé fait l'objet d'évaluations régulières et de réactualisations. La participation de la personne accueillie à son projet est obtenue par : • L'expression de ses souhaits qui sont retranscrits dans le « recueil de données ». • Sa participation à l'évaluation annuelle. • La restitution de son projet. La tenue du dossier de l'usager permet d'assurer la coordination, la cohérence et la continuité de l'accompagnement.	Engager une réflexion sur les écrits professionnels dans le cadre du projet personnalisé. • Poser des objectifs évaluable et les décliner en actions planifiées. • Etablir pour chaque objectif les moyens de leur évaluation. • Faire transparaître l'interdisciplinarité dans les projets individuels. • Elaborer une fiche de suivi des actions prévues dans les projets individuels. Envisager une participation de la personne accueillie à une réunion de recueil de données. Mener une réflexion sur le traitement au cas par cas d'une participation plus importante de la personne accueillie à l'élaboration de son projet. Organiser de façon formelle un point de suivi du projet avec la personne accueillie. On peut noter cependant, que certaines informations touchant à l'accompagnement de la personne accueillie au FH et utiles aux encadrants ne sont pas systématiquement transmises (et inversement). Un outil du type « cahier de liaison » pourrait-être développé.
La sécurité des usagers et la gestion des risques	La structure est organisée pour assurer la sécurité des personnes et des biens contre l'incendie. Les points de regroupement sont « connus » et cités sur les consignes de sécurité données aux professionnels.	Mise en place de panneaux d'information sur les points de regroupement.

	La mise en place d'un système de repérage et de traitement des dysfonctionnements. La maintenance des installations et équipements est réalisée. Les réserves sont levées au fur et à mesure. L'évaluation des risques professionnels est opérante. Une évaluation des risques professionnels auprès des personnes accueillies est réalisée tous les ans dans les ateliers. Le DU est réactualisé tous les ans et présenté en CVS. Il est accessible sur chaque atelier. L'organisation et la sécurité des transports est assurée. Le risque routier a été pris en compte par l'établissement en collaboration avec la CARSAT sur la base d'un livret spécifique. La blanchisserie a obtenu le renouvellement de la qualification RABC (étendue au circuit du linge). Les conditions de restauration sont conformes aux normes de sécurité et d'hygiène alimentaires. L'hygiène des locaux est adaptée à leurs fonctions et à leur usage. Les équipes d'entretien des locaux suivent des protocoles d'hygiène.	Disposer de véhicules équipés pour le transport des personnes accueillies en fauteuil roulant. Permettre aux chauffeurs ne disposer d'un téléphone portable professionnel. Les chauffeurs expriment le souhait de disposer d'une tenue permettant de les identifier, pour les transports réalisés dans le cadre du transport médical.
Les ressources humaines mobilisées	Existence de délégations formalisées notamment en cas d'absence du chef d'établissement. L'adéquation des ressources humaines à la mise en œuvre du projet d'établissement. Les besoins d'évolution des compétences ne sont pas définis dans le projet d'établissement mais une mise en place de la GPMC est initiée	Organiser l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés.

	Des fiches métiers (FPH) permettent d'identifier et de porter les ajustements en termes de transformation des métiers du médicosocial, de fixer les enjeux croissants autour de la transversalité des compétences nécessaires en termes d'accompagnement. Le dialogue social est efficient.	
L'organisation du travail	La continuité est assurée par les plannings de présence et par le relais de présence obligatoire des encadrants au sein de chaque atelier. Les horaires de présence des professionnels sont adaptés à la présence et à l'accompagnement des personnes accueillies. Une Fiche «d'accompagnement » reprenant les informations importantes concernant une personne accueillie permet d'informer l'encadrant qui assure le relai.	

Synthèse rapport évaluation externe CRP

LES CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE L'ESMS

Contexte

Un projet d'établissement a été élaboré récemment pour la période 2010-2015. L'élaboration du présent projet a été réalisée en tenant compte de la recommandation de l'ANESM sur la rédaction du projet d'établissement.

Il se base également sur les résultats l'évaluation interne.

Il a été élaboré de manière participative avec les professionnels avec la participation des personnes accueillies.

Le projet d'établissement du Foyer d'hébergement est une déclinaison du projet de l'Etablissement Public Départemental (EPD) qui regroupe, juridiquement :

- Trois établissements médico-sociaux distincts
 - L'Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (ESAT) (CAT Bertran de Born)
 - le Foyer d'Hébergement (FH)
 - le Centre de Rééducation Professionnelle (CRP)
- des services transversaux qui remplissent des missions pour ces trois établissements Cette particularité favorise une mutualisation des moyens et un meilleur service rendu. La situation actuelle en termes d'évolution de la population est la suivante :
- Un public qui rencontre de plus en plus souvent des difficultés pécuniaires du fait de surendettement voire de désocialisation massive, aussi les besoins et demandes évoluent. En effet les stagiaires sont restés durablement éloignés de l'emploi en amont de leur entrée au CRP.
- Les stagiaires accueillis sont orientés en CRP essentiellement pour un handicap lié à une maladie : cette proportion ne cesse d'augmenter.
- Le plus souvent, c'est un handicap physique qui est à l'origine de l'orientation (83% sur les 5 dernières années) la part des handicaps psychiques est globalement stable (16% sur les 5 dernières années).
- Le nombre de stagiaires présentant une addiction est en diminution selon les chiffres (34% en 2007, 22% en 2011). Cependant la détection d'une addiction est difficile et ne représente pas la réalité qui est plutôt une augmentation.
- De manière générale, la part de stagiaires présentant un trouble psychiatrique est passée de 12,8% des effectifs en 1997 à 41,4% en 2007. Il est stable depuis 2007.

Des orientations ont été définies et intégrées au projet d'établissement en lien avec l'évolution de la population accueillie et de leurs attentes mais également des besoins identifiées au niveau du territoire :

- Réaffirmer la vocation médico-sociale de l'établissement en valorisant l'accompagnement interdisciplinaire : le lien, dans le cadre du projet individuel, entre les équipes médicales, paramédicales, sociales et pédagogiques doit être formalisé, activé, mobilisé et ce, de manière continue.
- Mieux définir la rééducation professionnelle et notamment, l'étape qu'elle représente dans le parcours professionnel des personnes accueillies.
- Mettre en avant les missions d'orientation et de qualification visant à favoriser l'insertion socioprofessionnelle.
- Développer des actions éducatives de conseils en économie sociale et familiale, d'accompagnement au parcours de formation et à la documentation, à la gestion de la chambre.

En lien avec l'évolution de la population des actions complémentaires sont réalisées.

- Pour l'adaptation à l'augmentation des troubles psy, un groupe de travail « programme de formation pathologie psy » définit le cahier des charges pour une formation ainsi que les impacts sur l'accompagnement.
- Pour la problématique de l'addictologie des accompagnements spécifiques ont été développés

Ces orientations sont actuellement en cours de mise en œuvre. De nombreuses actions sont d'ores et déjà effectives.

Point forts

- Le projet d'établissement existe et a mobilisé des personnels pour son écriture qui peuvent disposer d'un exemplaire via l'intranet de l'établissement. Il sera très prochainement présenté en réunions de services et institutionnelles.
- Les prestations et formations d'enseignement mises en œuvre sont cohérentes avec les missions confiées définies aux CRP. Pour certaines d'entre-elles elles sont inhabituelles et recherchées.
- Les prestations et activités sont clairement formalisées dans le projet.
- Les équipements dédiés à la formation des stagiaires sont adaptés aux techniques modernes et valorisent les formations.
- La mise en œuvre effective des orientations prévues dans le projet.
- Le nouveau principe d'organisation interdisciplinaire apporte une valeur ajoutée à l'accompagnement.

Points à améliorer

- Certaines thématiques sont peu ou pas abordées :
 - Planification des axes stratégiques d'évolution.
 - L'adaptation des modalités d'intervention au regard de l'évolution de la population.
 - L'ouverture de l'établissement sur son environnement
- La dimension collective et individuelle de l'accueil et de l'accompagnement.
- Le Centre de pré orientation n'est pas repéré en tant qu'établissement médicosocial dans l'EPD
- Le projet d'établissement ne constitue pas un outil de management.

La part projective est peu développée.

Il ne prévoit pas sa démarche d'évaluation.

Préconisations

- Compléter le projet d'établissement en lien avec la recommandation de bonne pratique de l'ANESM « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service, mai 2010 ».
 - Projectif sur les 5 années à venir.
 - Hiérarchisant des objectifs identifiés et des plans d'action appropriés à mettre en œuvre.
 - Précisant l'adaptation des modalités d'intervention au regard de l'évolution de la population.
 - Incluant un calendrier précisant les dates de réalisation des plans d'action.
 - Intégrant sa propre démarche d'évaluation tant dans sa mise en œuvre que l'atteinte des objectifs fixés.
- Faire apparaître dans le futur projet d'établissement L'ouverture de l'établissement sur son environnement.
- La dimension collective et individuelle de l'accueil et de l'accompagnement.
- Réaliser un bilan des projets individuels mis en œuvre afin d'interroger le projet d'établissement sur les prestations, les activités et les organisations.

« Les résultats des évaluations pourront être rapprochés de manière à ce que les informations récurrentes enrichissent la réflexion des professionnels sur les améliorations à apporter à leurs pratiques, leurs prestations, leur organisation... Dans le cadre de cette analyse, il est recommandé de réaliser un bilan des attentes non satisfaites. Les équipes pourront ainsi déterminer les actions à promouvoir pour construire les réponses aux attentes non satisfaites récurrentes ».

- Certaines orientations du schéma seront à étudier dans le futur projet d'établissement.
 - Développer une pré orientation spécifiquement orientée sur un public jeune et sur un public psy.
 - Développer de nouvelles formations professionnelles :
 - Formation « encadrant technique insertion » et « dessin technique du bâtiment ». Mélanger les publics de droit commun et CRP pour compléter les groupes de formation Réaliser des formations pour les travailleurs d'ESAT.
 - Le CRP dispose d'un agrément d'organisme de formation mais peu utilisé. Une volonté existe de développer ces actions.
 - Adapter les prestations et les compétences à l'évolution des personnes accueillies :
 - A l'augmentation des troubles psychiatriques, psychologiques et du comportement
 - Répondre aux problématiques d'addictologie.

L'EVALUATION INTERNE ET DYNAMIQUE DES ACTIONS PLANIFIEES ET DE LA DEMARCHE QUALITE

(Les conditions d'organisation concernant la qualité de l'accompagnement des usagers et les modalités de leur évaluation avec la participation de l'utilisateur).

Contexte

La loi 2002-2 institue l'évaluation interne et externe des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au L312-1 du CASF. Le législateur a ainsi lié la démarche d'évaluation au contenu d'une loi qui consacre la place de la personne accueillie et instaure la qualité comme exigence de l'action sociale.

Répondant positivement à cette nouvelle obligation, l'établissement a fait le choix de créer un référentiel et a défini les thématiques prioritaires et les critères d'évaluation de ces thématiques en tenant compte des préconisations de l'ANESM publiées à l'époque.

La dynamique qualité a été instaurée suite aux évaluations internes. Elle s'appuie sur un service qualité et une structure de gestion de projet dont les missions des différents acteurs sont définies (direction, COSSEV, Comité de pilotage, référent, groupes de travail,...).

La démarche mise en place est pragmatique essentiellement orientée sur la mise en œuvre du plan d'action issu des résultats de l'évaluation interne.

Point forts

- Le temps et les moyens consacrés à la démarche qualité.
- La démarche qualité est menée dans le cadre d'une dynamique participative. Un plan d'action d'amélioration de la qualité a été réalisé suite à l'évaluation interne. La quasi-totalité des actions prévues sont réalisées.
- Les principales procédures d'organisation de l'établissement ont été élaborées. La Gestion documentaire est opérante (validation, réactualisation, accessibilité), les documents sont accessibles aux professionnels.
- Le travail d'appropriation des RBPP par la réalisation d'une autoévaluation sur la bientraitance.
- La démarche participative de l'évaluation interne et sa structuration.

Points à améliorer

- La notion d'objectifs d'améliorations, évaluables, est insuffisamment développée.
- La faible appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Elles ne sont pas connues des professionnels.
- La place des référents des fonctions transversales et de la cellule qualité.
- L'intégration de la démarche qualité avec le management de l'établissement.

Préconisations

- Renforcer la démarche de management par la qualité, qui donnera tout son sens au travail déjà réalisé.
- Définition d'objectifs d'améliorations évaluables. Evaluation d'impact, d'atteinte des objectifs.
- Intégrer la démarche qualité dans la démarche de management de l'établissement.
- Mettre en place un système de recueil des événements indésirables (dysfonctionnements).
- Mettre en adéquation les missions du référent, telles que définies dans la fiche de poste, avec leur mise en œuvre.
- Déployer la démarche d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM déjà initiée sur la bientraitance. (veille, diffusion, évaluation et mise en œuvre d'actions d'améliorations).
- Réorienter l'évaluation interne.
 - Aborder l'évaluation interne comme une démarche continue qui devra faire l'objet d'un bilan dans les rapports d'activités annuels. Il s'agira de définir des priorités évaluatives et de planifier leurs évaluations de façon pluriannuelle.
 - Adapter le référentiel au contexte de l'établissement (projet d'établissement, politique qualité, priorités nationales et territoriales).
 - Evaluer l'impact et l'efficacité des organisations et moyens mis en œuvre. Elle doit permettre l'appréciation systématique de :
 - la pertinence (les finalités de l'action sont-elles en cohérence avec les objectifs prioritaires définis par les pouvoirs publics, avec les besoins de l'utilisateur ?),
 - la cohérence (l'action constitue-t-elle une réponse adaptée aux besoins ou problèmes identifiés ?),
 - l'impact (quels sont les effets de l'action, souhaités ou non ?),
 - l'efficacité (les résultats obtenus sont-ils conformes aux objectifs retenus, aux besoins identifiés ?),
 - l'efficience (les résultats sont-ils à la mesure de l'ensemble des moyens mobilisés ?) des actions conduites.
- Instaurer des audits internes.

L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES USAGERS.

Contexte

La participation des personnes accueillies est favorisée par:

- Un CVS opérationnel. Il est commun aux 3 structures CRP/ESAT/FOYER..
- La réalisation d'une enquête de satisfaction
- Consultations des stagiaires et leur participation à l'élaboration du projet individuel.

Les stagiaires ont été consultés par enquête pour l'élaboration du projet d'établissement. Leur avis a permis de cibler des axes d'amélioration à prendre en compte.

Un représentant élu des stagiaires a également participé à l'évaluation interne (élaboration du référentiel)

Les stagiaires sont représentés au Conseil d'Administration, à la « commission menu » et au Conseil de discipline.

La population du CRP est très différente de celle du FOYER/ESAT. Cela nécessite de différencier certaines approches.

Point forts

- La participation des personnes accueillies aux différentes étapes de leurs projets de formation et aux différentes étapes de leurs projets individuels dans une démarche de co-construction.
- La participation des personnes accueillies à la vie de l'établissement
- Le CVS aborde l'ensemble des thématiques du fonctionnement quotidien des établissements du centre.
- La participation des personnes accueillies à la démarche d'évaluation interne et à l'élaboration du projet 'établissement.

Points à améliorer

- Les moyens à mettre à disposition des élus du CVS pour leur permettre de jouer efficacement leur rôle, (local identifié, heures de permanence...)
- Le fonctionnement du CVS eu égard à la catégorie des personnes accueillies, la différence fondamentale dans l'accompagnement et la prise en charge des stagiaires ainsi que les missions de l'établissement.
- Le président et le directeur fixent les ordres du jour, le Président est un représentant des familles (ce qui n'est pas conforme au décret).
- La participation de la personne accueillie à une réunion d'élaboration du projet (RAP) n'est pas envisagée.

Préconisations

- Mettre en place un CVS dédié aux stagiaires du CRP, prenant en compte les spécificités de la population accueillie et répondant à leurs besoins.
- Organiser la fonction de représentant élu.
- La réflexion sur certaines thématiques stratégiques, respect des droits, principes d'intervention (Principes de sécurité, autonomie, citoyenneté laïcité, égalité, liberté de circuler, la vie sexuelle et amoureuse, liberté de choix des personnes accueillies, prévention de la maltraitance, la gestion des paradoxes sécurité/autonomie,...) pourraient faire l'objet d'une réflexion plus approfondie de la part du CVS pour qu'il soit force de proposition.
- Renforcer la participation des personnes accueillies à la démarche d'évaluation interne par une participation directe aux groupes d'évaluation et/ou par des enquêtes de satisfaction qualitative (groupes d'expressions) sur des thématiques définies.
- Traiter au cas par cas d'une participation plus importante de la personne accueillie à l'élaboration de son projet.

LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE OU INDIVIDUELLE.

Contexte

La prévention de la maltraitance constitue une préoccupation prioritaire de l'EPD depuis 2008. L'établissement a mis en place des formations adaptées sur le thème « secret professionnel et partagé » obligatoire pour tous les professionnels de l'EPD en 2008.

Une formation « prévention de la maltraitance/promotion de la bientraitance en institution est organisée chaque année depuis 2008 pour l'ensemble des professionnels de l'EPD.

Des réunions débats au FH ont également permis d'évoquer ce thème.

Un plan de prévention de la maltraitance a été réalisé sur 2010 et 2011. Il a donné lieu à la mise en place des procédures de signalement et de gestion des situations de maltraitance.

Ce plan de prévention a été soumis aux instances du CVS, du CTE, du CA et du CHSCT.

Une charte Bientraitance a été élaborée par un groupe de travail en s'appuyant sur les paroles des personnes accueillies dont le recueil a été réalisé lors de sondage (sur ce thème.

Une charte bientraitance sera affichée dans les locaux suite à la présentation en CVS (juin 2012).

Point forts

- La formation sur le thème de la maltraitance a été bien perçue par l'ensemble des salariés qui en ont fait une vigilance quotidienne.
- Le livret d'accueil du stagiaire mentionne les actions mises en œuvre par l'établissement en faveur de la bientraitance
- Des réunions débats ont également permis d'évoquer ce thème.
- Des référentiels ont été élaborés dans une démarche d'appropriation des RBPP de l'ANESM concernant la bientraitance et la maltraitance. Cela a donné lieu à un autodiagnostic. La mise en œuvre des actions d'améliorations est en cours.

Points à améliorer

- Le sujet de la maltraitance n'a pas encore été abordé au sein du conseil de la vie sociale.
- La procédure de signalement n'est pas connue de certains professionnels.
- Les différents numéros d'appel utiles et les affiches réglementaires d'aide au signalement et à la lutte contre la maltraitance (3977) ne sont pas diffusés.

Préconisations

- Conduire au sein de l'équipe d'encadrement une réflexion sur les signaux d'alerte

Il est recommandé que les équipes d'encadrement formalisent les « événements sentinelles » ou « clignotants » susceptibles d'attirer l'attention de l'encadrement sur une situation particulièrement à risque en matière de maltraitance. Ceci permet d'entretenir au sein de l'encadrement un niveau de conscience et de vigilance élevé et une cohésion d'équipe.

- Mettre en place des lieux et temps de régulation réguliers et collectifs.
- Développer une démarche d'accueil des professionnels ou des stagiaires comportant un moment de communication consacré à la question de la maltraitance.
- Aborder ouvertement le sujet de la maltraitance au sein du conseil de la vie sociale.

Il est recommandé que le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au sein du CVS de manière anonymisée ou de toute autre forme ou instance de participation, afin que les représentants des personnes accueillies puissent évoquer librement les difficultés éventuelles qu'ils rencontrent en la matière, et que le sujet ne soit pas tabou.

- Indiquer les différents numéros d'appel utiles et apposer les affiches réglementaires d'aide au signalement et à la lutte contre la maltraitance (3977).

L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE.

Contexte

L'établissement se trouve dans une situation toute particulière : il s'agit d'un complexe d'établissements héritier d'une histoire atypique par la création d'un centre de soins pour les blessés du poumon de la 1^{ère} guerre mondiale accompagnés de leur famille. L'isolement géographique a nécessité de construire une petite ville avec tous les équipements que cela représentait (fourniture de l'énergie, réseau d'eau potable voirie...équipements sanitaires et maisons pour les logements), atelier de formations professionnelles offrant une vie en totale autarcie.

Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement une identification des enjeux stratégiques a été réalisée sous la forme d'enquête par questionnaires et de rencontres auprès notamment de la DDASS et DIRECCT. Pour la DT ARS, « l'implantation géographique de Clairvivre est plus un handicap qu'un atout. L'intégration à la vie sociale pose problème ».

Pour autant, l'établissement qui accueille sur un même lieu : CPO/CRP jouxtant le FH, de l'ESAT a su intelligemment intégrer des activités artisanales touristiques et commerçantes (mairie du village, poste, épicerie, coiffeur, crèche, école, station service-garage), permettant également aux touristes par le biais de locations de gîtes de côtoyer les personnes qui y vivent et de mettre en exergue la vente directe des productions agricoles et florales.

La remise en état et la location à un tiers, du centre équestre donnera une dimension encore plus visible de ce dispositif d'ouverture de l'établissement.

Point forts

- Développement d'activités artisanales, touristiques et commerçantes sur le site.
- La qualité des enseignements et des formations sont repérées au travers du taux d'insertion en milieu économique.

- Conventions de stage avec des entreprises proches des domiciles des stagiaires. Les activités et animations sont fortement tournées vers l'extérieur.
- De nombreux partenariats non formalisés existent et sont développés. accompagnement à la santé avec le CMP d'Excideuil ou participation à des activités culturelles, éducatives et de loisirs.
- Liens avec le secteur psychiatrique et addictologie (convention entre l'E.P.D et le Centre Hospitalier de Montpon-Ménestérol, par exemple), avec les organismes de protection juridique ou des prestataires qui, en fonction des besoins et projets, peuvent être sollicités.
- Le CRP a développé la communication avec différents partenaires afin de mieux connaître les besoins et attentes en termes de formation et d'insertion, de pallier aux fluctuations importantes des demandes sur certaines formations. Le service communication et le service insertion y contribuent de manière importante.
- Mise en place de transports spécifiques permettant les liaisons avec les voies de communications éloignées (trains..).

Points à améliorer

- Les partenariats ne font pas l'objet de conventions formalisées.
- Il n'y a pas des bilans ni d'évaluation des partenariats.

Préconisations

- Développer une démarche d'évaluation des partenariats (indicateurs, enquêtes de satisfaction des partenaires, bilans des actions mises en œuvre).
- Définir dans le projet d'établissement les coopérations à développer.
- Certaines améliorations pourraient-être abordées dans le cadre de conventions de partenariat.
 - La Mission Locale, exprime des souhaits de développement :
 - Instaurer une intervention régulière d'un représentant CRP en réunion avec la conseillère de la mission locale sur l'actualité de l'offre de formation et le suivi du parcours de jeunes orientés.

AUTRES ELEMENTS DE SYNTHESE

Thèmes	Points forts	Préconisations
Le droit et la participation des usagers	Les documents d'information de l'utilisateur : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, sont actualisés, remis et explicités. L'information de l'utilisateur sur les droits fondamentaux et les voies de recours. Des journées de pré accueil (14 par an) sont organisées pour permettre aux futurs stagiaires de connaître le projet. La non discrimination des usagers dans le cadre de l'admission. L'existence d'une commission d'admission. L'avis de la CDAPH s'impose. L'ordre chronologique est le critère d'admission. La possibilité de rencontrer tout professionnel concerné par son accompagnement est facilitée. Les personnes accueillies expriment une satisfaction sur ce point. Le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil et la charte « éthique et pratique » précise l'existence et les modalités d'accès de la personne accueillie à son dossier. La personne accueillie est informée sur les éléments de son accompagnement, elle est présente systématiquement à l'évaluation et au bilan socio-professionnel (réalisés à l'atelier). La confidentialité des données concernant l'utilisateur est assurée. Le personnel du CRP a été formé aux notions de confidentialité.	Adapter à la population accueillie les supports d'information. Renforcer l'accompagnement des personnes accueillies à la compréhension de leur fiche de paye notamment sur le « laissé à dispositions » au regard des dispositions liées à l'aide sociale à l'hébergement. Formaliser les critères d'admission dans le projet d'établissement. Un accès simplifié directement auprès de l'encadrant pourrait être envisagé pour les éléments d'information touchant directement à son accompagnement (évaluations, bilans,...).

	Le respect de l'intimité est favorisé ▪ L'établissement dispose de locaux adaptés et en nombre suffisant pour permettre de réaliser des entretiens dans de bonnes conditions d'intimité. ▪ Les logements proposés sont individuels dans des pavillons. Ils sont considérés comme des lieux privés. Les contrôles de pavillons réalisés pour s'assurer du respect de la non détention de produits considérés comme illicites par le règlement de fonctionnement (alcool, cannabis,...) se font en présence de la personne accueillie et du directeur de l'établissement en conformité avec le règlement de fonctionnement.	Améliorer l'isolement phonique : des logements. Informier systématiquement la personne accueillie du jour d'intervention de la personne de l'entretien des locaux. Redéfinir les modalités de contrôles intempestifs des logements qui sont réalisés en dehors de ce cadre et cela sans en informer la personne accueillie et en absence de celle-ci.
La personnalisation de l'intervention	L'élaboration d'un projet personnalisé est récente (janvier 2012). Un projet personnalisé (Projet individualisé) est réalisé pour chaque personne accueillie selon une trame commune. Parallèlement et pour chaque type d'accompagnement professionnel, des projets « pédagogiques » centrés sur l'acquisition des compétences « métiers » sont élaborés. Une instruction précise les différentes étapes d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du projet individualisé. La pluridisciplinarité et la coordination du projet personnalisé sont assurées. L'interdisciplinarité est une valeur forte du projet d'établissement. L'intervention d'un partenaire (psychologues du travail, prestataires dans les domaines	Engager une réflexion sur les écrits professionnels dans le cadre du projet personnalisé. • Poser des objectifs évaluable et les décliner en actions planifiées. • Etablir pour chaque objectif les moyens de leur évaluation. • Faire transparaître l'interdisciplinarité dans les projets individuels. • Elaborer une fiche de suivi des actions prévues dans les projets individuels. L'interdisciplinarité pourrait-être renforcée par la définition d'objectifs communs faisant appel à des actions pluridisciplinaires. Ils pourraient être définis en s'aidant des prestations et activités déclinées dans les « activités d'accompagnement par domaines professionnels » (projet d'établissement).

	culturels et artistiques ou techniques comme les techniques de vente,...) dans l'accompagnement de la personne accueillie est formalisée en termes d'action dans le projet individualisé. Le projet individualisé fait l'objet d'évaluations régulières et de réactualisations. La personne accueillie participe aux étapes de relevé des souhaits, d'analyse de l'avancement de son projet et de restitution du projet. Sa présence à une réunion d'Accompagnement Projet (RAP) est effective uniquement en situation « d'urgence ». Le CRP est en cours de finalisation du choix d'une solution logiciel pour l'informatisation des dossiers.	Envisager une participation de la personne accueillie à la réunion d'Accompagnement Projet (RAP). Mener une réflexion sur le traitement au cas par cas d'une participation plus importante de la personne accueillie à l'élaboration de son projet. Rationaliser le dossier de la personne accueillie afin d'éviter la multiplicité des dossiers et supports susceptible de générer des pertes d'informations entre les différents intervenants.
La sécurité des usagers et la gestion des risques	La gestion des médicaments est organisée pour assurer la sécurité et la conformité des traitements. Différentes modalités de distributions sont mises en œuvre pour s'adapter au niveau d'autonomie de la personne accueillie. La structure est organisée pour assurer la sécurité des personnes et des biens contre l'incendie. Les points de regroupement sont «connus» et cités sur les consignes de sécurité données aux professionnels. La mise en place d'un système de repérage et de traitement des dysfonctionnements. La maintenance des installations et équipements est réalisée. Les réserves sont levées au fur et à mesure.	Mise en place de panneaux d'information sur les points de regroupement.

	L'évaluation des risques professionnels est opérante.	
--	---	--

	L'organisation et la sécurité des transports est assurée. Le risque routier a été pris en compte par l'établissement en collaboration avec la CARSAT sur la base d'un livret spécifique. La blanchisserie a obtenu le renouvellement de la qualification RABC (étendue au circuit du linge). Les conditions de restauration sont conformes aux normes de sécurité et d'hygiène alimentaires. L'hygiène des locaux est adaptée à leurs fonctions et à leur usage. Les équipes d'entretien des locaux suivent des protocoles d'hygiène.	Disposer de véhicules équipés pour le transport des personnes accueillies en fauteuil roulant. Permettre aux chauffeurs ne disposer d'un téléphone portable professionnel. Les chauffeurs expriment le souhait de disposer d'une tenue permettant de les identifier, pour les transports réalisés dans le cadre du transport médical.
Les ressources humaines mobilisées	Existence de délégations formalisées notamment en cas d'absence du chef d'établissement. L'adéquation des ressources humaines à la mise en œuvre du projet d'établissement. Les besoins d'évolution des compétences ne sont pas définis dans le projet d'établissement mais une mise en place de la GPMC est initiée Des fiches métiers (FPH) permettent d'identifier et de porter les ajustements en termes de transformation des métiers du médico-social, de fixer les enjeux croissants autour de la transversalité des compétences nécessaires en termes d'accompagnement. Le dialogue social est efficient.	Organiser l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés.

L'organisation du travail	Les horaires de présence des professionnels sont adaptés à la présence et à l'accompagnement des personnes accueillies. Les réunions nécessaires à la coordination de l'accompagnement sont définies dans le projet d'établissement et effective.	
	Une Fiche «d'accompagnement » reprenant les informations importantes concernant une personne accueillie permet d'informer l'encadrant qui assure le relai. Des règles d'astreinte sont définies, connues des professionnels et permettent d'assurer continuité et sécurité de la prise en charge.	

ANNEXE N° 8 : BBZ DU FOYER D'HEBERGEMENT ET DU SAMSAH –BUDGET SOCIAL

FH CLAIRVIVRE	BE 2017	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	848 031	848 031	0	0,00%
Charges groupe II	3 870 112	3 870 112	0	0,00%
Charges groupe III	534 177	534 177	0	0,00%
Total classe 6	5 252 320	5 252 320	0	
Recettes groupe I	5 171 123	5 171 123	0	0,00%
Recettes groupe II	81 197	81 197	0	
Recettes groupe III	0		0	
Total classe 7	5 252 320	5 252 320	0	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...				
Résultat N-2				
dépenses non reductibles	0	0		
Recettes non reductibles				
Base de calcul des tarifs	5 171 123	5 171 123	0	0,00%
Activité en jours	61 214	61 214		
Prix de journée	84,48	84,48	0,00	0,00%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	5 171 123	5 171 123	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reductibles	84,48	84,48	0,00	0,00%

SAMSAH CLAIRVIVRE	BE 2017	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	18 500	18 500	0	0,00%
Charges groupe II	190 852	190 852	0	0,00%
Charges groupe III	8 451	8 451	0	0,00%
Total classe 6	217 803	217 803	0	
Recettes groupe I	119 453	217 803	98 350	82,33%
Recettes groupe II	0	0	0	
Recettes groupe III	0	0	0	
Total classe 7	119 453	217 803	98 350	
Résultat comptable	-98 350	0	98 350	
Comptes 116,...				
Résultat N-2	98 350			
dépenses non reconductibles		0		
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	119 453	217 803	98 350	82,33%
Activité en jours	7 300	7 300		
Prix de journée	16,36	29,84	13,47	82,33%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	217 803	217 803	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	29,84	29,84	0,00	0,00%

ANNEXE N°9 : BBZ DE L'ESAT, DU CRP ET DU SAMSAH – BUDGET SOINS

ESAT CLAIRVIVRE	BE 2017	BE 2018 (site)
Charges groupe I	97 000	131 400
Charges groupe II	2 423 871	2 338 139
Charges groupe III	283 745	347 885
Total classe 6	2 804 616	2 817 424
Recettes groupe I	2 717 472	2 710 161
Recettes groupe II	100 000	100 000
Recettes groupe III	0	12808
Total classe 7	2 817 472	2 822 969
Résultat comptable	12 856	5 545
Comptes 116,...		
Résultat N-2	-12 856	-5545
dépenses non reconductibles	0	0
Recettes non reconductibles		
Base de calcul des tarifs	2 717 472	2 710 161
Activité en jours		
Prix de journée		
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	2 704 616	2 704 616
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles		

CRP CLAIRVIVRE		
	BE 2017	BE retraite
Charges groupe I	1 736 208	2 731 850
Charges groupe II	7 358 042	7 077 200
Charges groupe III	940 267	1 300 000
Total classe 6	10 034 517	11 109 050
Recettes groupe I	9 779 376	10 034 517
Recettes groupe II	0	991 506
Recettes groupe III	0	3145
Total classe 7	9 779 376	11 029 168
Résultat comptable	-255 141	-79 882
Comptes 116,...		
Résultat N-2	255 141	79882
dépenses non-reconductibles	0	0
Recettes non reconductibles		
Base de calcul des tarifs	9 779 376	10 034 517
Activité en jours	49 574	49 865
Prix de journée	197,27	201,23
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	10 034 517	10 034 517
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	202,41	201,23

SAMSAH SOINS CLAIRVIVRE		
	BE 2017	BBZ finale
Charges groupe I	9 550	9 550
Charges groupe II	273 755	266 476
Charges groupe III	600	7 879
Total classe 6	283 905	283 905
Recettes groupe I	283 905	283 905
Recettes groupe II	0	0
Recettes groupe III	0	0
Total classe 7	283 905	283 905
Résultat comptable	0	0
Comptes 116,...		
Résultat N-2	0	0
dépenses non reconductibles	0	0
Recettes non reconductibles		
Base de calcul des tarifs	283 905	283 905
Activité en jours		
Prix de journée		
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	283 905	283 905
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles		



CONTRAT PLURIANNUEL

D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Secteur Personnes Handicapées

2018 - 2022

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

**L'Association Départementale d'Aide à la Santé Mentale CROIX MARINE
(CROIX MARINE)**

Siège : 7 rue des Pétunias

24750 TRELISSAC

Siret : 431 906 569 00089

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	6
1) Article 1 – L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	6
2) Article 2 – L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire	8
3) Article 3 – Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé	8
4) Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	9
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM relevant de la compétence de l'ARS.....	9
4.2 Les modalités de détermination des prix de journée des établissements et des dotations des services du CPOM relevant de la compétence du Département.....	10
4.3 Les modalités financières des établissements et services du CPOM	11
4.4 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM :	11
4.5 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM	11
4.6 Modalités de calcul de la Dotation Globalisée commune de référence	11
4.7 Engagements de l'Association CROIX MARINE.....	12
4.8 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	13
TITRE 2 – LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT.....	15
5) Article 5 – Le suivi et l'évaluation du contrat.....	15
6) Article 6 – Le traitement des litiges.....	17
7) Article 7 – La révision du contrat.....	17
8) Article 8 – La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans.....	17
LISTE DES ANNEXES AU CPOM	18
Annexe 1 : Diagnostic partagé de l'ITEPA et du SAMSAH	
Annexe 2 : Fiches actions	
Annexe 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs	
Annexe 4 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale	
Annexe 5 : BBZ du SAMSAH – Budget social	
Annexe 6 : Abrégé et synthèse de l'évaluation externe (ITEPA)	

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu

Entre,

D'une part,

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine,

Représentée par son Directeur Général, Monsieur Michel LAFORCADE,

Le Département de la Dordogne,

Représenté par le Président du Conseil Départemental, Monsieur Germinal PEIRO, dénommé ci-après le Département,

ET

D'autre part

**L'Association Départementale d'Aide à la Santé Mentale CROIX MARINE
(CROIX MARINE)**

Siège : 7 rue des Pétunias

24750 TRELISSAC

Siret : 431 906 569 00089

Représentée pour la conclusion des présentes par Monsieur Jean-Philippe LAVAL, en sa qualité de président dûment habilité selon les décisions du Conseil d'administration du 4 mai 2017

Visas et références juridiques :

Vu le code de l'action sociale et des familles et ses articles :

- L 313-11, L.313-12 et L.313-12-2 ;
- R 314-9 à 13, R 314-14 à 19, R 3214-21 à 25, R 314-36 à 39, R 314-44 à 47, R 314-49 à 55, R 314-72 et 73, R 314-79 et 84 ;
- R 314-20 relatif aux plans pluriannuels d'investissements ;
- R 314-39 à R 314-43 ainsi que le nouvel article R 314-43-1, R314-105 à 107, R 314-129 à 143, R 314-210 à 244 ;
- L 314-7 et R314-87 à 314-94, complétés par les articles R 314-94-1 et R314-94-2 relatifs aux frais de siège

Vu l'article 124 de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »), codifié à l'article L.312-8 du code de l'Action sociale et des familles, et le décret d'application n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des ESSMS ont modifié le calendrier des évaluations initialement prévu par la loi du 2 janvier 2002 ;

Vu le projet régional de santé 2012-2016 en Nouvelle-Aquitaine ainsi que le schéma régional de planification sociale ou médico-sociale mais aussi le schéma départemental de la Dordogne en faveur des personnes handicapées en cours de révision (2017-2022);

Vu le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne en faveur des Personnes Handicapées 2017 - 2022 ;

Vu l'article 75 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale 2016 ;

Vu la Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 ;

Vu la circulaire N° DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006 relative à la pluri-annualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs ESMS,

Vu la circulaire N°DGAS/SD5B/2007/111 du 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluri annualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens,

Vu la circulaire N° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

Vu l'arrêté n° 2016-84/DOSA/CD en date du 28 décembre 2016 de l'ARS relatif à la programmation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens des ESMS du département de la Dordogne 24 (Région Nouvelle-Aquitaine) ;

Vu la délibération du Conseil d'Administration en date du 4 mai 2017 approuvant la démarche contractuelle

Vu le diagnostic partagé et développement des axes stratégiques préalables à la contractualisation validé le 6 juillet 2017 ;

Vu la délibération n°..... de la Commission Permanente du Conseil départemental en date du 18 décembre 2017 autorisant Monsieur le Président du Conseil départemental à signer le présent contrat pluriannuel ;

Vu la décision du 21 novembre 2017 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule :

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Dordogne et l'association CROIX MARINE conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagement réciproque tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun.

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le département de la Dordogne, l'association CROIX MARINE et repose notamment sur :

- un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement des axes stratégiques, de l'établissement du service précité ;
- les obligations respectives de chacun des cocontractants ;
- des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- les modalités de fixation de la tarification ;
- La mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficience coût/service rendu dans le respect des crédits impartis ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) ARTICLE 1 – L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire

L'association gestionnaire est l'association CROIX MARINE, association loi de 1901, sise à Trélissac (24750) 7 rue des Pétunias, inscrite à l'INSEE sous le numéro 431 906 569 00089.

L'association CROIX MARINE a construit son socle de valeurs autour de la personne accueillie et de l'usager en s'attachant à consolider et à pérenniser les actions qu'elle conduit tant dans le champ de la prévention que de la réadaptation sociale, de l'insertion, de l'accueil et de l'accompagnement.

Elle assure, au quotidien, une fonction d'utilité sociale qui consiste à :

- Améliorer la qualité de vie des personnes en souffrance psychique ou psychologique,
- Lutter contre leur isolement, et favoriser leur insertion sociale et professionnelle

Elle est organisée autour d'une assemblée générale d'adhérents, d'un conseil d'administration et d'un bureau.

Elle est administrée par un Conseil d'administration dont les membres sont entre 8 et 15 au plus, seuls les membres adhérents ayant voix délibérative.

Son président, Monsieur Jean-Philippe LAVAL, a été renouvelé dans ses fonctions lors du conseil d'administration du 4 mai 2017.

Les fonctions de direction sont assurées par Madame Laetitia DROUET.

Elle gère 2 établissements sociaux et médico-sociaux depuis le 1^{er} juillet 2017, date à laquelle elle a reçu les activités par voie d'apport partiel d'actif de l'association ALPEA, jusqu'alors gestionnaire.

Ainsi, elle gère les établissements suivants compris dans le périmètre du CPOM :

- **un ITEPA** dénommé « Le Chantier », d'une capacité d'accueil de 17 places, sis à Trélissac (24750) 7 rue des Pétunias sous le numéro FINESS : 240002576, pour une capacité de 17 places
- **un SAMSAH**, d'une capacité d'accueil de 15 places, sis à (24750) Champcevinel 181 Rue Combe des Dames, numéro FINESS : 240012898 pour une capacité de 15 places

A l'appui des établissements, le service administratif est composé :

- d'une direction d'établissement et service,
- d'une comptable,
- d'une secrétaire,
- d'une direction adjointe (ITEP/SAMSAH) qui complète le dispositif.

A titre d'information, l'association gère six Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sur le territoire de la Dordogne et 3 résidences Accueil non intégrés au présent CPOM.

Les organismes gestionnaires, tels que CROIX MARINE, et les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont amenés à opérer d'importants changements dans leurs modalités de gouvernance, de gestion et d'organisation.

Les premiers objectifs consistent également à assurer la pérennisation de ces activités dans le secteur social et médico-social afin d'en devenir un acteur majeur sur le territoire et de répondre aux besoins des usagers tout au long de leur parcours.

Pour l'association CROIX MARINE, il s'agit d'assurer la poursuite des activités menées jusqu'à présent par l'association ALPEA, dans l'objectif de renforcer le parcours de l'utilisateur, la qualité de la prise en charge, tout en respectant une logique de territoire propice à la mutualisation et à l'évolution professionnelle des salariés.

- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM

L'activité de l'ITEP est régulièrement exercée au moyen d'une autorisation délivrée par l'ARS Aquitaine le 7 septembre 1998 et renouvelée depuis lors.

L'activité du SAMSAH a été autorisée par le Préfet de la Dordogne et le Conseil départemental de la Dordogne par arrêté du 08 août 2007 et une convention de fonctionnement a été signée le 24 décembre 2013.

- Partenariat(s) existant(s) et formalisé(s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services

Les partenariats sont nombreux dans le dispositif mais ne sont pas nécessairement partagés ou formalisés. Il est donc envisagé de :

- Réaliser un état des lieux de l'existant permettant une mise en commun des contacts établis sur le dispositif ;
- Faire vivre et actualiser ces partenariats, développer le réseau, anticiper nos besoins ;
- Repérer/Disposer d'une force de conseil et d'orientation (expertise) sur ces contacts partenariaux ;
- Rechercher des sources de financements potentielles ;
- Participer au repérage des besoins de formation en lien avec les besoins identifiés des jeunes et de développement de partenariats.

L'association est affiliée à la Fédération Nationale «Croix Marine».

2) ARTICLE 2 – L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES CPOM SIGNES PAR LE GESTIONNAIRE

L'association a conclu un CPO pour la gestion des activités des GEM. Par ailleurs, elle bénéficie d'un financement annuel pour les Résidences Accueil.

Chaque CPOM poursuivra ses effets juridiques indépendamment des autres conventions de l'organisme gestionnaire.

Une articulation entre les différents CPOM sera opérée afin de permettre aux autorités de tarification d'avoir une vision globale sur les ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire. A ce titre, une comptabilité analytique est tenue par l'association.

3) ARTICLE 3 – OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Dans le but d'aider à la négociation des CPOM, une déclinaison de la stratégie régionale sous forme d'objectifs est proposée. Compte tenu des marges de progrès identifiées en phase préalable de négociation, certains des objectifs seront déclinés en actions spécifiques.

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 6 axes :

- Renforcer la cohésion et la gouvernance de l'association,
- Mise en œuvre de la réponse pour un accompagnement pour tous,
- Mise en œuvre d'une gestion performante et qualitative,
- Adoption de la logique de parcours de l'utilisateur et la fin de la logique de place installée,
- Mise en œuvre d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et compétences,
- La mise en œuvre de la Démarche Qualité : Evaluations Interne et Externe.

Les objectifs du contrat sont déclinés dans les fiches-action. Ces objectifs ont été établis à partir d'un état des lieux retenu par l'association en concertation avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental de la Dordogne.

Ces objectifs globaux touchent quatre domaines d'expertise :

- 1 – La gouvernance et les projets poursuivis,
- 2 – La prise en charge et le parcours des usagers,
- 3 – La gestion des ressources humaines,
- 4 – La gestion et la maîtrise des dépenses.

4) ARTICLE 4 – MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

Les établissements et services faisant l'objet d'un CPOM doivent présenter un EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) dans les conditions prévues à l'article L313-12-2 du CASF. L'EPRD s'applique à compter de l'année suivant la signature du CPOM.

Dans le cadre de la remise de l'Etat Réalisés des Recettes et des Dépenses (ERRD), au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre, pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM relevant de la compétence de l'ARS

Les dispositions budgétaires et financières sont mises en œuvre dans le cadre de la politique régionale d'allocation de ressources de l'ARS, déclinée dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et du périmètre des Dotations Régionales Limitatives (DRL) allouées par le niveau national.

Le financement des établissements et services de l'association CROIX MARINE, entrant dans le champ d'application du contrat, est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12-2 et R.314-39- à R314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le contrat repose sur le principe d'un financement pluriannuel permettant une simplification de la procédure budgétaire. Il est dérogé à la procédure budgétaire annuelle prévue au II de l'article L.314-7 du CASF.

La tarification annuelle prend la forme d'une dotation globalisée commune (DGC) :

- Une DGC propre aux établissements et services financés en tout ou partie par l'Assurance Maladie

La DGC financée par l'Assurance Maladie sera actualisée :

- au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB),
- dans le respect des dispositions réglementaires y afférent.

L'Association CROIX MARINE reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

L'Association CROIX MARINE peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs (principe de non fongibilité des financements) et des articles R.314-45 et R.314-46 (avant EPRD) puis R.314-227 et 228 (sous EPRD), procéder librement au cours de l'exercice à :

- tous les virements de crédits au sein et entre groupes fonctionnels des établissements et services,
- des décisions budgétaires modificatives concomitantes en dépenses et en recettes entre tous les établissements et services.

En conséquence, il appartient à l'Association CROIX MARINE de procéder, si besoin est pendant l'année, à toutes les réaffectations et redéploiements rendus possibles par la souplesse de gestion qu'offre la dotation globalisée dans la limite de son montant et dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs.

Les décisions budgétaires modificatives sont prises en compte dans le cadre d'une décision tarifaire modificative.

4.2 Les modalités de détermination des prix de journée des établissements et des dotations des services du CPOM relevant de la compétence du Département

Le financement des établissements et services de l'association CROIX MARINE est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12-2 et R.314-39 à R.314-43-1 du CASF. Le contrat ne peut déroger aux règles d'établissement et de transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et d'un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

- Modalités de fixation annuelle de la tarification :

Le contrat fixe par groupes fonctionnels les budgets base zéro (BBZ) des établissements et services de l'association CROIX MARINE. Il prévoit également pour sa durée les modalités de fixation annuelle de la tarification.

En l'occurrence, il est convenu d'appliquer aux BBZ annexés une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation :

Tarif N+1 =

Base reconductible des tarifs (BBZ la première année)

– dépenses rejetées CA N-1 ou N-2

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

– reprise éventuelle du résultat N-1 ou N-2
conformément aux dispositions du présent contrat

/ activité prévisionnelle

- Détermination de l'activité prévisionnelle retenue :

La ou les activités prévisionnelles retenues aux BBZ seront en principe maintenues sur la durée du CPOM néanmoins elles pourront évoluer au regard des activités réellement réalisées en N-1 si celles-ci évoluent de +/- 5% par rapport aux BBZ.

4.3 Les modalités financières des établissements et services du CPOM

Il n'existe pas de PPI à la date de signature du contrat. Dès lors que le gestionnaire en déposera un, il fera l'objet d'une approbation et sera annexé au CPOM par voie d'avenant.

4.4 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM

Conformément aux dispositions de l'article L.313-14-1 du CASF, lorsqu'un déséquilibre financier significatif persistant ou des dysfonctionnements dans la gestion des ESMS gérés par un organisme gestionnaire privé non lucratif, sont constatés, l'autorité de tarification compétente adresse une injonction d'y remédier dans un délai qu'elle fixe. Les modalités de retour à l'équilibre font obligatoirement l'objet d'un avenant au CPOM.

4.5 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

La dotation globalisée commune se caractérise par des établissements et services financés par l'Assurance Maladie,

La dotation globalisée commune est arrêtée respectivement en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

La DGC octroyée à l'Association fait l'objet d'une décision tarifaire qui mentionne :

- le montant de la dotation annuelle globalisée de fonctionnement,
- la quote-part de cette dotation annuelle globalisée commune pour chacun des établissements et services.

A réception de la notification de l'allocation des moyens adressés par l'ARS, l'Association transmettra :

- La ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement

Pour la DGC propre aux établissements et services financés par l'Assurance Maladie, la décision tarifaire précitée indique également les tarifs journaliers, pour les établissements et services qui y sont soumis, opposables aux régimes d'Assurance Maladie en application de l'article L.242-4 du CASF.

En cours d'exercice budgétaire, il peut être procédé, par décision modificative des établissements et services concernés, à une nouvelle répartition de la dotation annuelle globalisée, dans la limite de son montant et le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs.

La dotation annuelle globalisée commune est versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF.

Elle est actualisée dans les conditions prévues à l'article 4 du présent contrat.

4.6 Modalités de calcul de la Dotation Globalisée commune de référence

La DGC de référence est déterminée de manière à permettre notamment d'assurer la reconduction, actualisée chaque année en fonction des règles définies supra, des ressources allouées lors de l'exercice de l'année N-1.

La détermination de la DGC prend en compte le résultat du diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire ainsi que le montant des bases reductibles de chacune des structures entrant dans le périmètre du CPOM.

- A compter de la signature du CPOM en N les résultats N-1 et N-2 seront arrêtés et affectés au regard de l'application de l'article R 314-51 du CASF
- Dans le cadre du CPOM, la DGC, à compter de l'année N+1, sera calculée en prenant en compte la facturation des journées réalisées, au titre de l'amendement Creton, auprès du conseil départemental et constatés sur l'exercice précédent (montant à transmettre à l'ARS chaque 31 janvier de l'année suivante). Ces crédits viendront en déduction du montant de la DGC de l'année concernée (article R314-105 du CASF)

Amendements CRETON :

L'article L.242-4 du CASF permet le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissement ou en service d'éducation spécialisée (IME, IEM etc...) dans l'attente d'une place disponible dans un établissement pour adultes. La CDAPH prononce alors le maintien dans l'établissement ou le service d'éducation spécialisée dans lequel les jeunes étaient accueillis avant l'âge de 20 ans faute de disposer de places pour adulte.

L'accueil de jeunes adultes en amendement Creton ne s'effectue pas au-delà de la capacité autorisée des ESMS assurant l'accueil effectif de ces jeunes et la tarification se fait en fonction de l'établissement vers lequel la CDAPH oriente le jeune adulte, et en fonction du mode d'accueil du jeune dans l'établissement.

A ce titre, c'est à l'établissement de se retourner vers le financeur responsable afin de facturer l'ensemble des recettes dans les délais réglementaires. Aucune compensation d'une non-facturation auprès des Conseils départementaux, sur des crédits relevant de l'Assurance maladie ne pourra être réclamée. Il est donc demandé la plus grande vigilance sur ce point dans le suivi des situations des jeunes en amendement Creton, avec, si besoin, accompagnement des familles dans leurs démarches de demandes d'admission en structure adulte.

La DGC se répartit comme suit :

Les dotations s'entendent par la base reductible de chaque établissement au 01/01/2018.
(base budgétaire reductible avant application de l'actualisation, hors CNR et résultats)

Finess	Etablissements	Dotations Assurance – Maladie (en €)	Pour Information Conseil départemental
24 000 257 6	ITEPA	1145317.94 €	
24 001 289 8	SAMSAH (ARS) SAMSAH (CD)	206.380,03 €	188.424 €
TOTAL GENERAL		1351697.971 €	

4.7 Engagements de l'Association CROIX MARINE

La gestion des produits financiers issus de la gestion centralisée de trésorerie des établissements et services du CPOM est réalisée conformément à l'article R.314-95 du CASF.

Le gestionnaire s'engage à :

- Maintenir un taux de réalisation de l'activité et taux d'occupation des places financées à un taux minimum de 90 % ;
- Respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP) ;
- Contribuer à la construction des parcours de vie sur le territoire avec des partenariats formalisés avec les institutions et professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, du service public de l'emploi, des bailleurs sociaux ;
- Utiliser le futur SI suivi des orientations qui doit permettre de mieux suivre les orientations prononcées par la CDAPH ;

4.8 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

S'agissant des résultats, le principe retenu est celui de la non reprise des résultats par la ou les autorités de tarification.

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs et conformément aux règles d'affectation définies aux articles R 314-232 à 237.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service.

L'article R. 314-235 permet cependant, pour les établissements privés, une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

L'ARS et le Département conservent la possibilité de réformer le résultat (article R.314-236 du code de l'action sociale et des familles) si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat.

Ainsi, il est convenu que les résultats excédentaires seront affectés au regard des trois volets suivants mais prioritairement à la réserve de compensation jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la base reductible de chaque établissement et en tout état de cause un montant de réserve égal à 10 % de la dotation globalisée commune reductible du CPOM.

➤ Volet investissement :

- Affectation à la réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié au PPI en attente de réalisation et de validation,
- Affectation à la réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI

➤ Volet Ressources humaines :

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM (indemnités de départ à la retraite...)

➤ Volet Qualité :

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM (ex : financement de formations...)

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

TITRE 2 - LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT

5) ARTICLE 5 – LE SUIVI ET L’EVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Il est créé un comité de suivi du présent contrat, composé de la façon suivante :

- Des représentants de l'ARS Nouvelle Aquitaine;
- Des représentants du Conseil départemental de la Dordogne, Direction Générale Adjointe de la Solidarité et de la Prévention (DGA-SP), au titre des engagements contractuels portant sur les structures bénéficiant d'un financement départemental ;
- Le Président de l'Association et un membre du conseil d'administration
- La Direction des établissements et services

Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

- Documents à produire :

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et financiers, revue des objectifs (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc.

L'Association CROIX MARINE transmettra au 30/04 de chaque année une synthèse de la réalisation des objectifs et des engagements fixés par le contrat sur l'année N-1 (non applicable sur la 1^{ère} année de signature d'un CPOM) au regard notamment des indicateurs fixés.

- Sur la base de ces documents, et en complément des tableaux de bord et indicateurs de performance, une analyse sera effectuée à mi-parcours ou avant le 31 décembre si besoin, par le comité de suivi, notamment sur les écarts entre les objectifs fixés et le degré de réalisation et sur les motifs de ces écarts.
- Une concertation sera engagée entre les parties afin de procéder, le cas échéant, à des ajustements.

Par ailleurs, l'Association CROIX MARINE transmettra à l'ARS Nouvelle Aquitaine ainsi qu'au département de la Dordogne pour les structures intéressées les documents suivants :

- ❖ Concernant l'année budgétaire N de signature du CPOM (hors EPRD) :
 - au 31/10/N : une annexe activité
 - au 30/04/N+1 : un compte administratif relatif à l'année budgétaire, conforme aux articles R314-59 et 60 du CASF
- ❖ A compter de l'année N+1 de signature (entrée sous EPRD) et sur la durée du CPOM :
 - au 31 janvier de chaque année : mise à jour de l'activité prévisionnelle « CRETON » par l'envoi de l'annexe activité- Annexe 4 C « annexe prévisionnelle des plus de 20 ans au titre de l'article L242-4 du CASF permettant de déterminer le montant prévisionnel du tarif à la charge des conseils départementaux.
 - le gestionnaire dispose, chaque année, de 30 jours après la notification de la ressource par l'autorité de tarification (le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune des deux autorités) pour transmettre :

↳ un EPRD conforme à l'article R 314-213 du CASF :

- des annexes listées à l'article R.314-223 du CASF
- au plus tard le 31 Octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.

Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R.314-219)

- ❖ A compter de l'année N+2 de signature et sur la durée du CPOM (entrée en EPRD), l'association dépose au plus tard le 30 avril de chaque année:

- un ERRD conforme à l'article R.314-232 du CASF

- Les dialogues de gestion :

En lieu et place de la procédure budgétaire contradictoire, un dialogue de gestion permettra de s'assurer de l'atteinte des objectifs contractualisés qui s'appuieront notamment sur le tableau de bord et les indicateurs de la performance et qui feront l'objet d'une annexe.

Un dialogue de gestion budgétaire pourra être envisagé annuellement, mais pas de façon systématique, et sous forme allégée.

Le comité de suivi se réunit à deux reprises au cours du contrat :

- au cours de la troisième année, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires ; Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.
- au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

- un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, il pourra être demandé d'ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles :

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen

permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

6) ARTICLE 6 – LE TRAITEMENT DES LITIGES

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'accord amiable, le différend pourra être porté devant la juridiction compétente.

7) ARTICLE 7 – LA REVISION DU CONTRAT

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

8) ARTICLE 8 – LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DU CPOM ET LA DUREE DU CPOM DE 5 ANS

Le présent contrat entre en vigueur entre les parties à compter du 1^{er} janvier 2018 pour une durée de 5 années.

Fait à Périgueux, le

La Directrice de la Délégation
Départementale de la Dordogne
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Le Président de
l'Association Croix Marine

Le Président du
Conseil Départemental de la
Dordogne

LISTE DES ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires comme le corps du contrat.

- ANNEXE 1 : Diagnostic partagé préalable
- ANNEXE 2 : Fiches action
- ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs
- ANNEXE 4 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale
- ANNEXE 5 : BBZ du SAMSAH – Budget social
- ANNEXE 6 : Abrégé et synthèse de l'évaluation externe (ITEPA)

ANNEXE 1 : Diagnostic partagé préalable



DIAGNOSTIC PARTAGE PREALABLE A LA CONTRACTUALISATION

Réalisé en date du 2 Juin 2017

Socle minimum de recueil d'informations

I. DIAGNOSTIC COMMUN A TOUS LES ESMS (ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX)

Périmètre du CPOM

N° FINESS	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Capacités autorisées et installées / files actives effectives à la date d'effet du CPOM
240002576	ITEPA LE CHANTIER	17
240012898	SAMSAH PERIGUEUX	15

Gestionnaire et mutualisation au niveau du siège administratif OU organisation d'une gestion mutualisée en cas d'absence d'un siège (ESMS rattachés à un établissement de santé public)

- Existence d'un siège du gestionnaire : non

L'association gestionnaire des deux établissements est :

L'Association ALPEA

Siège : 7 rue des Pétunias

24750 TRELISSAC

Siret : 405 252 552 00048

Depuis le 1^{er} Octobre 2016, l'Association ALPEA a confié la gestion et la poursuite des projets des deux établissements à :

L'Association Départementale d'Aide à la Santé Mentale CROIX MARINE

Siège : 76 rue Paul Bert

24000 PERIGUEUX

SIRET : 431 906 569 00022

Au 1^{er} Juillet 2017, l'Association gestionnaire des deux établissements est :

L'Association Départementale d'Aide à la Santé Mentale CROIX MARINE

Siège : 7 rue des Pétunias

24750 TRELISSAC

SIRET : 431 906 569 00089

A ainsi été conclu entre les parties ci-identifiées un mandat de gestion contenant l'accomplissement de prestations de Direction par l'association CROIX MARINE au profit l'Association ALPEA au moyen de l'exécution d'un mandat de gestion.

L'association ALPEA (mandant) a conféré à l'Association CROIX MARINE (mandataire), prise en la personne de son président, Monsieur Jean-Philippe LAVAL avec faculté pour lui de déléguer, le pouvoir de représenter l'association et d'agir pour son compte pour la réalisation des actes et missions nécessaires à la bonne gestion des services suivants gérés par l'association ALPEA :

- L'ITEP dénommé « Le Chantier »
- Le SAMSAH de PERIGUEUX.

Les associations, au travers de leur Conseil d'Administration respectif, ont exprimé leur volonté mutuelle de se rapprocher notamment en ce qu'elles exercent des activités différentes mais complémentaires dans une approche globale de la personne accueillie ou accompagnée.

Elles ont ainsi entamé une démarche de coopération étroite en vue de procéder à un éventuel rapprochement dont les modalités et même la réalisation définitive sont en cours de définition (un projet d'apport partiel d'actifs portant sur les activités médicosociales gérées par l'ALPEA a été approuvé par les Conseils d'Administration des deux associations).

Les premiers objectifs sont notamment d'assurer par une action conjointe, la pérennisation de leurs activités dans le secteur social et médico-social afin d'en devenir un acteur majeur sur le territoire.

Afin d'évaluer la cohésion entre les deux structures, de confronter les pratiques professionnelles et de mesurer la faisabilité d'une telle opération de rapprochement et du niveau de coopération ou de mutualisation envisagé, il a été décidé la mise en place d'une période intérimaire du 1^{er} octobre 2016 au 1^{er} juillet 2017.

Cette phase transitoire permet de poser les prémices d'une synergie indispensable à la réussite d'un projet de coopération plus abouti quelle que soit la forme juridique qu'il prendrait sans engagement irrévocable de l'une ou de l'autre des parties.

Cela implique un travail important d'identification de valeurs et de recensement des compétences internes, des besoins et des ressources.

Compte tenu du départ du Directeur de l'association ALPEA, arrêté au 31 mai 2017 (30 septembre 2016 en réalité du fait des congés payés acquis), et donc eu égard aux besoins identifiés en matière de direction, les soussignées se sont rapprochées à l'effet de conclure ce mandat de gestion de l'association ALPEA à l'association CROIX MARINE.

Un projet d'Apport Partiel d'Actifs est en cours d'adoption par les deux associations.

Les associations ALPEA et CROIX MARINE ne bénéficie pas de siège administratif reconnu. L'association CROIX MARINE envisage le dépôt d'un dossier de reconnaissance de frais de siège après la réalisation de l'opération d'apport partiel d'actifs entre ALPEA et CROIX MARINE.

- **Existence d'une organisation mutualisée des moyens : oui**

Au-delà de la mise en place d'un mandat de gestion portant sur les fonctions techniques de la Direction, il s'agit, plus globalement, dans le cadre de la coopération entre les structures, d'une complémentarité de l'exercice de la gouvernance associative.

L'association ALPEA bénéficie par le biais de cette coopération de l'ensemble des bonnes pratiques de Gouvernance déployées par l'association CROIX MARINE.

Il est à noter, que le Diagnostic Partagé concerne l'association ALPEA, à ce jour gestionnaire de l'ITEP Le Chantier et du SAMSAH de PERIGUEUX, mais que fort probablement la contractualisation se fera avec l'association CROIX MARINE, bénéficiaire de l'Apport Partiel d'Actifs des activités médicosociales de l'association ALPEA.

- Bilan financier de l'association gestionnaire N-1 et N-2 :

Bilan actif

	Brut	Amortisseme Dépréciation	Net au 31/12/2016	Net au 31/12/2015
ACTIF IMMOBILISE				
Immobilisations incorporelles				
Fonds commercial				
Autres immobilisations incorporelles				
Immobilisations corporelles	1 811 523	925 484	886 039	956 287
Immobilisations financières	137 799		137 799	157 799
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	1 949 322	925 484	1 023 838	1 114 086
ACTIF CIRCULANT				
Stocks et en-cours (autres que marchandises)				
Marchandises				
Avances et acomptes versés sur commandes				
Créances				
Usagers et comptes rattachés	123 993		123 993	21 068
Autres	94 695		94 695	111 223
Valeurs mobilières de placement				
Disponibilités (autres que caisse)	27 605		27 605	13 457
Caisse				
TOTAL ACTIF CIRCULANT	246 293		246 293	145 747
REGULARISATION				
Charges constatées d'avance				
Charges à répartir sur plusieurs exercices				
Autres comptes de régularisation				
TOTAL REGULARISATION				
TOTAL GENERAL	2 195 616	925 484	1 270 132	1 259 834

Bilan passif

	au 31/12/2016	au 31/12/2015
FONDS ASSOCIATIFS		
Fonds propres		
Fonds associatifs sans droit de reprise	96 115	96 115
Ecart de réévaluation		
Réserves	589 433	603 335
Résultat de l'exercice	-224 388	-174 805
Report à nouveau	-167 744	-40 865
SOUS-TOTAL : SITUATION NETTE	293 416	483 780
Autres fonds associatifs		
Fonds associatifs avec droit de reprise	-250 730	-216 706
Ecart de réévaluation sur des biens avec droit de reprise		
Subventions d'investissement	68 539	73 896
Provisions réglementées		
Droits des propriétaires (Commodat)		
TOTAL FONDS ASSOCIATIFS	111 225	340 970
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	71 050	26 106
FONDS DEDIES	75 600	45 600
DETTES		
Emprunts et dettes assimilées	556 364	591 806
Avances et commandes reçues sur commandes en cours		
Fournisseurs et comptes rattachés	115 137	84 706
Autres	340 757	170 645
TOTAL DETTES	1 012 258	847 157
Produits constatés d'avance		
TOTAL GENERAL	1 270 132	1 259 834

INTITULE	Définition	Montant N-1	Montant N-2
Réserves (détailler la nature et les montants) : • Réserve de compensation • Réserve de trésorerie • (..)	Cf. Détail ci-dessous.		

FONDS ASSOCIATIFS DE LA STRUCTURE ALPEA

	REPORT PRECEDENT	AFFECTATION	AUGMENTATION	POSITION FINALE
FONDS ASSOCIATIFS	614,70			614,70
DONATIONS / PROJET GUINGUETTE	95 500,00			95 500,00
REPORT A NOUVEAU DEBITEUR	-	16 346,14	-	37 578,72
RESULTAT 2015	16 346,14	-	16 346,14	-
SUBVENTION CG JP	50 000,00			50 000,00
SUBVENTION FEDER JP	46 209,66			46 209,66
SUBVENTIONS INCRITES AU COMPTE DE RESULTAT	-	40 063,86	-	4 757,55
FONDS ASSOCIATIFS	114 681,78	-	-	4 757,55
				109 924,23

FONDS ASSOCIATIFS DE LA STRUCTURE ITEPA / SOUS CONTRÔLE D'UN TIERS FINANCEUR

	REPORT PRECEDENT	AFFECTATION	POSITION FINALE
RESERVE DE TRESORERIE	119 557,34		119 557,34
EXCEDENTS AFFECTES AUX INVESTISSEMENTS	268 940,03		268 940,03
REPORT A NOUVEAU 2012	19 940,00		19 940,00
REPORT A NOUVEAU 2013	75 122,48	-	75 122,48
DEPENSES REFUSEES	-	95 724,75	-
DEPENSES CONGES PAYES	-	1 492,68	-
RESULTAT 2015	-	133 033,51	133 033,51
SUBVENTION ARS	6 000,00	-	6 000,00
SUBVENTION CG	17 150,51		17 150,51
SUBVENTIONS INCRITES AU COMPTE DE RESULTAT	-	5 400,00	5 400,00
RESULTAT 2014 SOUS CONTRÔLE	-	131 329,54	-
RESULTAT 2015 SOUS CONTRÔLE		-	57 911,03
FONDS ASSOCIATIFS	271 059,42	57 311,03	139 129,88

FONDS ASSOCIATIFS DE LA STRUCTURE SAMSAH / SOUS CONTRÔLE D'UN TIERS FINANCEUR

	REPORT PRECEDENT	AFFECTATION	POSITION FINALE
RESERVE DE TRESORERIE	54 992,85		54 992,85
RESERVE DE COMPENSATION	72 803,48	-	13 901,83
EXCEDENTS AFFECTES AUX INVESTISSEMENTS	87 041,34		87 041,34
REPORT A NOUVEAU GESTION PROPRE	42 209,74	-	667,69
REPORT A NOUVEAU 2013 SUR BP 2015	34 000,00	-	34 000,00
REPORT A NOUVEAU 2014 SUR BP 2016		-	23 887,03
REPORT A NOUVEAU 2014 ARS	-	58 070,86	14 785,11
REPORT A NOUVEAU 2014 CG	-	27 305,76	9 101,92
DEPENSES NON OPPOSABLES	-	7 739,06	-
DEPENSES REFUSEES PAR CG	-	36 677,22	-
DEPENSES POUR CONGES PAYES	-	16 578,24	-
FONDS ASSOCIATIFS	144 676,27	-	58 117,78
			86 558,49

Ratio d'indépendance financière :	<u>Numérateur</u> : Capitaux propres Solde créditeur du compte 16 « Emprunts et dettes assimilées », hors compte 1688 « intérêts courus » <u>Dénominateur</u> : Total Passif (comptes 10, 13, 14, 15, 16 hors 1688 « intérêts courus » + Solde débiteur ou créditeur des comptes 11 « report à nouveau » et 12 « résultat de l'exercice »)	<u>52,56 %</u>	<u>74,03 %</u>
Taux de vétusté des constructions :	<u>Numérateur</u> : Amortissement cumulé des constructions : somme des comptes 2813, 2814 et 2823, 2824 si existants <u>Dénominateur</u> : Valeur initiale (valeur brute) des constructions (comptes 213, 214, et 223 et 224 si existants)	<u>58,52 %</u>	<u>54,25 %</u>
Besoin en fonds de roulement	BFR = actif circulant (stocks + créances clients) – passif circulant (dettes fournisseurs + dettes fiscales + dettes sociales).	- 209 600 €	- 109 604 €
Fonds de Roulement	FR = capitaux permanents (fonds propres plus dettes à moyen long terme - actifs immobilisés.	- 356 249 €	- 181 310 €
Trésorerie	FR-BFR	+ 27 605 €	+ 13 457 €
Ratio de rotation des créances clients : Ce ratio permet de mesurer le degré de liquidité des créances clients. En bonne gestion, la rotation des créances clients ne devrait pas être moins rapide que celle des dettes fournisseurs.	Total créances clients/CA *365	29 Jours	6 Jours
Ratio de rotation des dettes fournisseurs : ce ratio permet de mesurer le degré d'exigibilité des dettes fournisseurs.	Total dettes fournisseurs / (total achats (compte 60) *365j)	132 Jours	82 Jours
Capacité d'Auto Financement	Capacité d'autofinancement = Résultat net comptable de l'exercice + Compte 68 "DAP" - Compte 78 "RAP" - Compte 775 "produit des cessions d'éléments d'actif" + Compte 675 "valeur comptable des éléments d'actif cédés" - Compte 777 "subventions d'investissement virées au résultat"	- 151 812 €	- 100 951 €

- Principaux axes du projet associatif :

Le projet associatif d'ALPEA repose essentiellement sur les items suivants :

- promouvoir des actes de réflexion
- gérer l'ITEP dénommé "Le Chantier" et le SAMSAH de PERIGUEUX
- d'élaborer tous projets relatifs à la prise en charge et l'accompagnement d'adolescents et de jeunes adultes
- de créer tout partenariat lié au développement de l'offre médicosociale sur le territoire de l'association

Politique de ressources humaines

- Principaux axes de la politique des RH :

L'association ALPEA applique la convention collective nationale du 15 mars 1966.

La politique RH de l'association est de favoriser la mobilité du personnel entre les deux établissements gérés.

La politique de formation se veut adaptée et pertinente par rapport aux besoins des établissements ainsi que par rapport aux aspirations du personnel.

- Modalités de mise en œuvre d'une politique de RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les établissements et services couverts par le CPOM :

La mise en œuvre de la GPEC est au stade de l'évaluation et du référencement des compétences. Une cartographie des compétences doit être réalisée au cours du second semestre 2017.

- GVT prévisionnel sur la durée du CPOM :

NOM PRENOM	EMPLOI	COEF DE BASE	COEF ANCIENNETE (Actuel)	DATE CHANGEMENT	1ER COEF NOUVEAU	2EME COEF NOUVEAU	3EME COEF NOUVEAU	CHGT Nbre DE MOIS	HORAIRE MENSUEL	ETP	1° CHGT Nbre PTS ANNUELS	2° CHGT Nbre PTS ANNUELS	3° CHGT Nbre PTS ANNUELS	2017 val point 3,76€	2018 val point 3,76€	2019 val point 3,76€	2020 val point 3,76€	2021 val point 3,76€		
BOULEIS Anne	COORDINATRICE EDUC	411	513	06/06/2017	525	539		7	151,67	1,00	84 000	98 000		84 000			98 000			
BURREN Sylvain	AGENT TECHNIQUE	406	473	01/01/2019	485			12	151,67	1,00	156 000					156 000				
CAMPECH Patricia	COMPTABLE	434	715	01/06/2018	762			7	151,67	0,85	329 000				279 650					
CARAMIGAS Carmen	DAME DE MAISON	368	458	06/08/2019	472			5	151,67	1,00	70 000					70 000				
CAUPAIN Severine	INFIRMIERE DPLG	446	597	10/01/2018	632	665		12	151,67	0,78	420 000	396 000			327 600		396 000			
COLIN Sabrina	MONITEUR EDUC	421	450	08/05/2018	464	478		8	151,67	1,00	112 000	96 000			112 000		96 000			
DEGUICHE Michel	MEDecin	1228	2125		0				60,67	0,29	0 000									
DESPLAT Valentin	AGENT TECHNIQUE	360	360	13/12/2017	376	391	403	1	87	0,57	9 178	15 000	12 000	9 178		15 000		12 000		
GAHDELLE Benjamin	MONIT ADJT SP	358	393	01/07/2017	446	459	491	6	151,67	1,00	318 000	78 000	192 000	318 000	78 000			192 000		
GERAL Sébastien	HOMME DE MAISON	368	458	25/10/2019	472			3	151,67	1,00	42 000					42 000				
KONISO Milton	AMP	406	406	24/01/2018	414	429		12	25	1,00	15 824	180 000					180 000			
KRUHORN Claudine	AMP	406	414	07/05/2017	429	446		8	151,67	1,00	120 000	136 000		120 000		136 000				
MALY Pierre	DIRECTEUR	1000	1240	21/06/2019	1260			7	98,58	0,63	182 008									
NAUD Frédéric	EDUC SPORT EPS	446	586	01/01/2018	597	632		12	151,67	1,00	132 000	420 000			132 000		420 000			
NOUET Christèle	TECH SUP	434	581	05/10/2019	615			3	87	0,57	58 509					35 105				
OZERAY Corine	DIRECTRICE SOINS	813	958,6	06/10/2018				3	151,67	0,50	0 000				0 000					
ROBERTS Rhiannon	EDUC SPE	446	491	01/07/2018	512			6	75,84	0,50	78 005				78 005					
TABOUY Stéphanie	ACT SERV INT INTERN	349	409	01/01/2019	415	435		12	151,67	1,00	22 000	120 000				72 000		120 000		
VEILLON Maxime	MONIT ADJT SP	358	393	01/07/2017	446	459	491	6	151,67	1,00	318 000	78 000	192 000	318 000				192 000		
VESSAT Stéphanie	SURVEILLANT NUIT	368	425	01/01/2019	442			12	151,67	1,00	204 000					204 000				
BARRET Fabrice	EDUCATEUR SPT	411	513	06/10/2017	525	539		3	151,67	1	36 000	42 000		36 000			42 000			
CAGRAS Marion	MONITRICE EDUCATRICE	421	450	28/09/2017	464	476	493	4	151,67	1	56 000	12 000	17 000	56 000		17 000		17 000		
CAMPECH Patricia	COMPTABLE	434	715	01/06/2018	762			7	151,67	0,15	329 000				49 350					
CAUPAIN Severine	INFIRMIERE DPLG	446	597	10/01/2018	632	665		12	151,67	0,22	420 000	396 000			92 400		87 120			
DALIBON Hélène	AMP	406	460	06/10/2017	478	485		3	151,67	1	39 000				39 000					
DEGUICHE Michel	MEDecin	1228	2125						60,67	0,115										
FELIS Nicolas	MONITEUR EDUC	421	464	01/07/2017	476	493	513	6	151,67	1	72 000	17 000	20 000	72 000		17 000		20 000		
FOURTOU Brigitte	AMP	406	486	05/01/2018	499			12	75,84	0,5	78 005				78 005					
MAINGRE Claude	AMP	406	499	06/01/2019	511			12	75,84	0,5	72 005				72 005					
MALY Pierre	DIRECTEUR	1000	1240							0,1										
MANON Alexandre	CSF	434	478	06/03/2019	501	537		10	151,67	1	250 000	34 000			250 000		34 000			
NOUET Christèle	TECH SUP	434	581	05/10/2019	615			3	87	0,18	58 509				10 537					
OZERAY Corine	DIRECTRICE SOINS	813	958,6	06/10/2018						0,5										
SOULIER Anne	MONIT EDUC REM	421	421	29/09/2017	434				151,67	1	52 000									
VALIANI Sophie	INFIRMIERE DPLG	446	725	10/12/2020	783			1	75,84	0,5	24 003					24 003				
														POINTS	1 052,18	1 299,07	1 019,64	440,00	1 490,12	5 300,93
														€	3 956,19	4 910,28	3 854,23	1 643,21	5 632,65	20 016,51

Coopérations

Les coopérations actuelles sont peu formalisées et sont en cours d'évaluation par l'association CROIX MARINE dans la cadre du Mandat de Gestion.

Les coopérations, relevant du partenariat, doivent être évaluées et formalisées par des contrats.

Evaluations internes et externes

- Préciser la situation des établissements et services au regard du calendrier de l'évaluation interne et externe.

Evaluation interne

Etablissements et service couverts par le CPOM	Echéances évaluations internes	Dates de Réalisation	Constats points forts/points faibles
ITEP LE CHANTIER	2018	2014	La formalisation est insuffisante
SAMSAH PERIGUEUX	2018	Néant	Néant

Evaluation externe

Etablissements et service couverts par le CPOM	Echéances évaluations externes	Dates de Réalisation	Constats points forts/points faibles
ITEP LE CHANTIER	2015	2015	Cf Rapport
SAMSAH PERIGUEUX	2018	Néant	Néant

Informatisation

- Point sur la démarche d'informatisation engagée au niveau de l'association gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat

Le système d'information est en cours d'évaluation afin de le faire évoluer en fonction du rapprochement des deux établissements médicosociaux gérés par l'Association ALPEA avec les établissements gérés par CROIX MARINE. La dématérialisation des dossiers des usagers est un des objectifs poursuivis par CROIX MARINE. Ce déploiement est prévu en 2018.

II. DIAGNOSTIC DE CHAQUE ETABLISSEMENT ET SERVICE COUVERTS PAR LE CPOM

Etablissement ITEP LE CHANTIER

Activité

➤ Autorisation :

- 17 places autorisées au total

- dont par mode d'accueil :

> internat : 17 places dont possibilité de 3 places en appartements extérieurs à l'internat classique.

L'agrément de l'ITEP concernant l'âge se situe entre 14ans et 20ans. La moyenne d'âge en 2016 est de 16ans.

La particularité de l'ITEPA de Trélissac est qu'il accueille régulièrement des adolescents d'autres départements limitrophes depuis plusieurs années. En cette fin d'année 2016, nous avons recentré l'accueil vers les jeunes de la Dordogne.

Au 31/12/16, 11 jeunes de Dordogne sont accueillis, 6 d'autres départements. Ils ont été accueillis avant le mois de septembre.

- Prise en charge de personnes relevant de l'**amendement Creton** : préciser le nombre de personnes concernées l'année de signature du CPOM et leur orientation, éventuellement les perspectives pour les années futures, les difficultés à ce sujet, etc... ET les montants versés à ce titre par le Conseil général sur les 3 derniers CA validés

Nous accueillons un jeune de 21 ans, relevant de l'amendement CRETON.

Nous pouvons noter qu'aucun jeune n'était accueilli après ses 18ans en 2016 (sauf le jeune en amendement CRETON). En effet, plusieurs départs ont eu lieu à l'âge de la majorité et les projets des jeunes majeurs ont été accompagnés vers de nouveaux lieux.

- Activité : cf. tableau ci-dessous ; préciser par ailleurs le nombre de jours d'ouverture, les périodes de fermeture, les horaires d'ouverture ; le cas échéant préciser le détail par mode d'accueil ; le cas échéant, préciser les changements d'autorisation qui ont pu modifier l'activité sur les 3 dernières années.

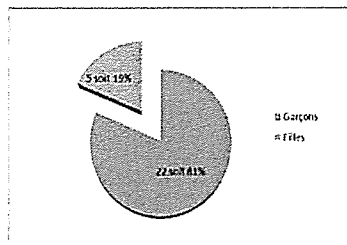
Modalités de décompte de l'activité	Activité théorique en fonction du nbre de jours d'ouverture	Moyenne du nombre de journées réalisées sur les 3 dernières années	Taux d'occupation (nbre de journées réalisées/ nombre de journées autorisées)
ESMS - journées d'internat	4 250	3 370	79,29 %

- Commentaires / explication sur le niveau du taux d'occupation, l'inadéquation éventuelle de l'autorisation à l'activité effectivement réalisée :

En référence au rapport d'activité 2016, nous pouvons relever les évolutions suivantes : l'ITEPA de Trélissac a accueilli en 2016, 27 jeunes sur orientation des MDPH.

Voici quelques éléments descriptifs du public accueilli :

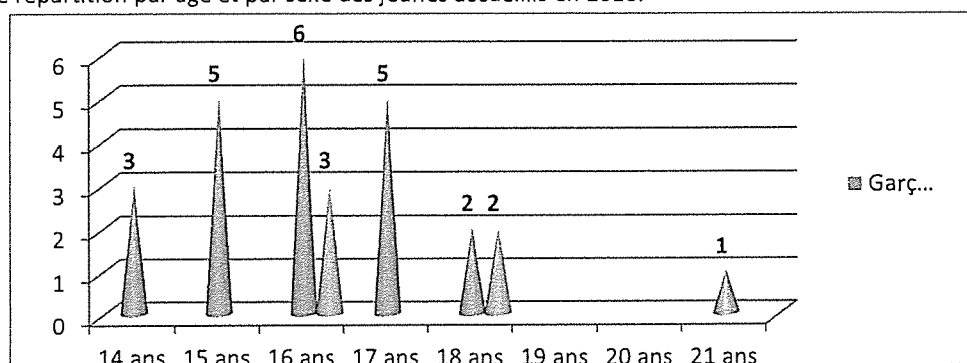
Répartition par sexe :



Sur 27 adolescents accueillis, nous avons pris en charge 22 garçons et 5 filles. Le public orienté est donc majoritairement masculin.

Répartition par âge et par sexe :

Tableau de répartition par âge et par sexe des jeunes accueillis en 2016.



L'agrément de l'ITEPA concernant l'âge se situe entre 14ans et 20ans. La moyenne d'âge en 2016 est de 16ans.

Nous accueillons un jeune de 21 ans, relevant de l'amendement CRETON.

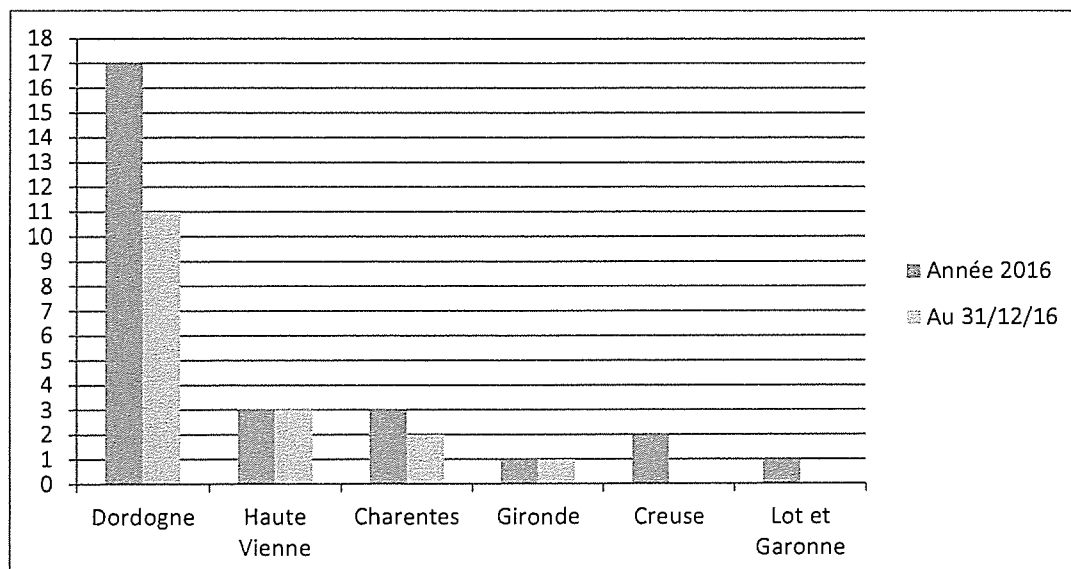
Nous pouvons noter qu'aucun jeune n'était accueilli après ses 18ans en 2016 (sauf le jeune en amendement CRETON). En effet, plusieurs départs ont eu lieu à l'âge de la majorité et les projets des jeunes majeurs ont été accompagnés vers de nouveaux lieux.

Orientations :

La particularité de l'ITEPA de Trélissac est qu'il accueille régulièrement des adolescents d'autres départements limitrophes depuis plusieurs années. A la fin de l'année 2016, nous avons recentré l'accueil vers les jeunes de la Dordogne.

Au 31/12/16, 11 jeunes de Dordogne sont accueillis, 6 d'autres départements. Ils ont été accueillis avant le mois de septembre.

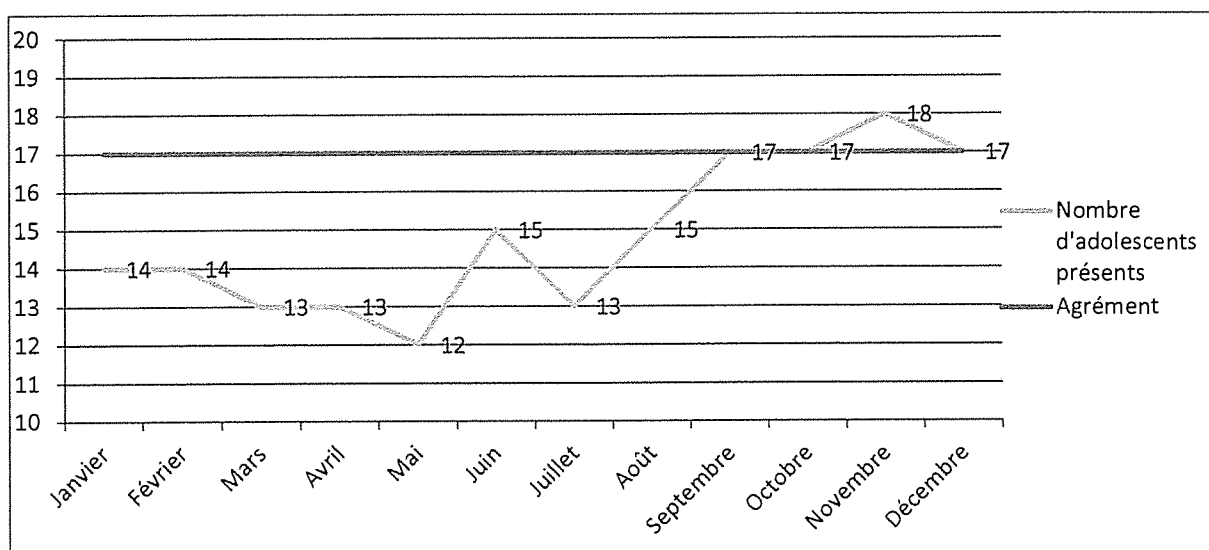
Tableau de répartition des orientations :



Données d'activités :

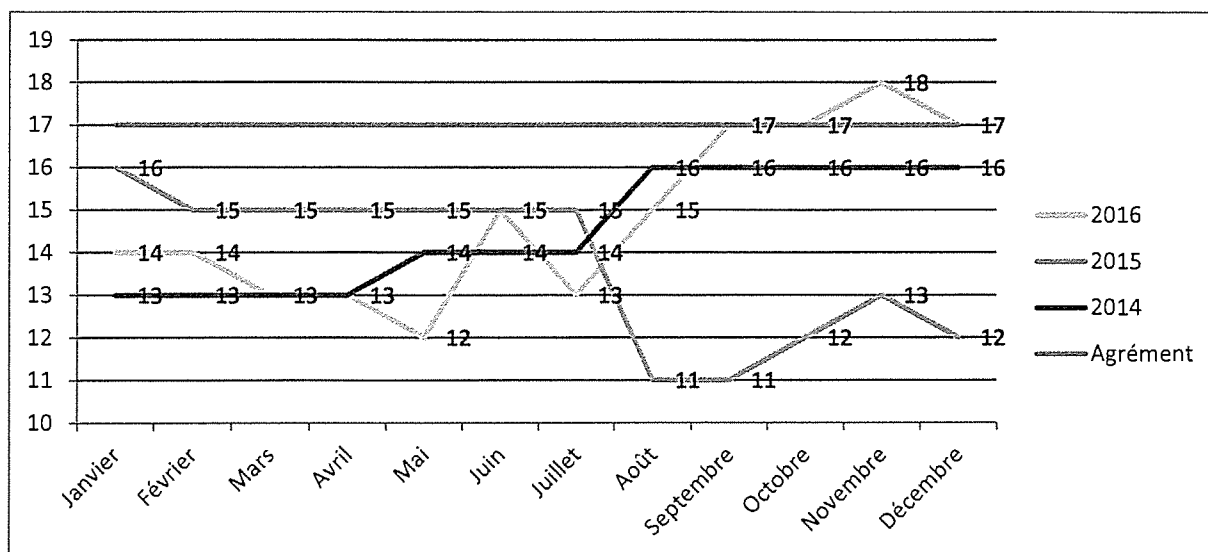
L'ITEPA a un agrément pour l'accueil de 17 adolescents. Au cours de l'année 2016, nous comptons 13 nouvelles entrées de jeunes et 10 sorties de l'établissement. Au 31/12/16, 17 adolescents étaient présents.

Tableau des fluctuations des présences au cours de 2016 :



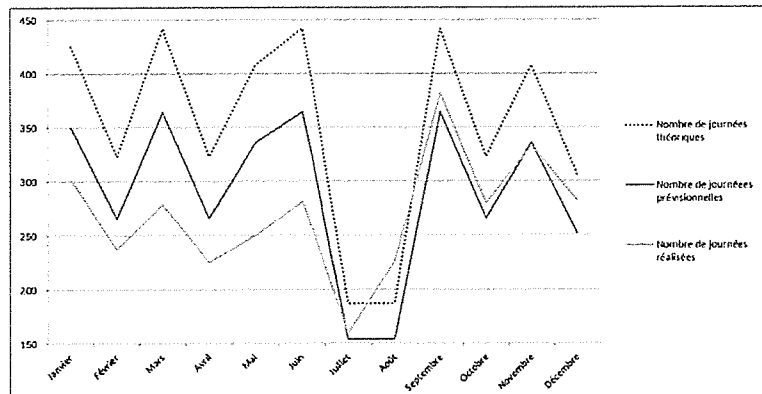
Nous pouvons noter que l'orientation et la prise en charge des adolescents se sont nettement améliorées à partir du mois de Septembre, la capacité d'accueil agrémentée est respectée. Nous avons pu anticiper un départ en décembre par l'accueil d'un jeune supplémentaire en Novembre c'est pourquoi nous avons dépassé l'agrément.

Tableau des fluctuations des présences de 2014 à 2016 :



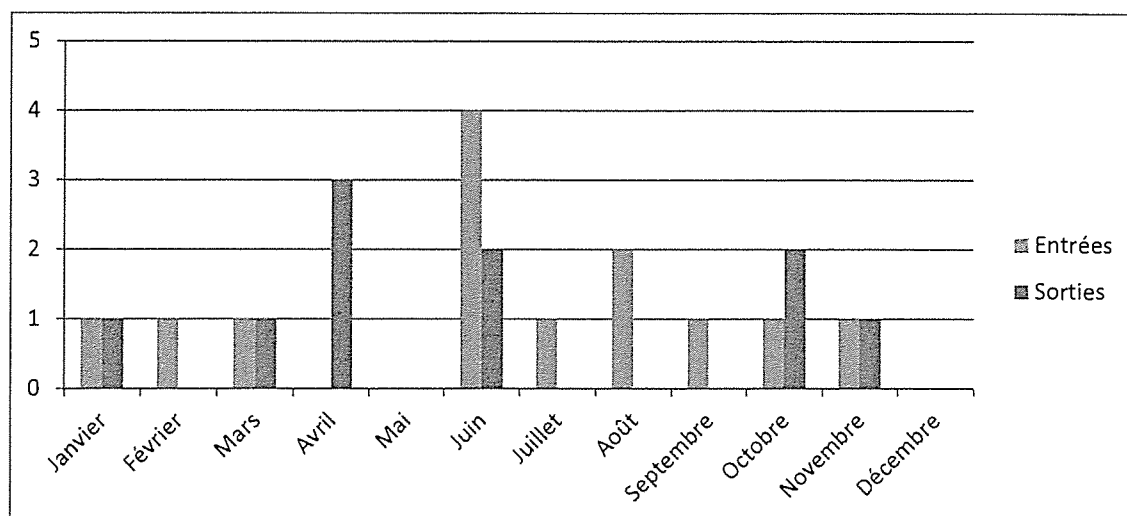
Par ce graphique, on constate une nette amélioration en 2016, comparée aux autres années, en effet, nous atteignons l'agrément à compter du mois de septembre, ce qui n'avait pas été le cas depuis plusieurs années. Cela s'explique par une amélioration du dialogue avec la MDPH de la Dordogne qui nous a orienté plusieurs jeunes.

Synthèse du nombre de journées (théoriques/prévisionnelles/réalisées) :



Ce graphique confirme la tendance à l'amélioration du nombre de journées, en effet, nous pouvons constater qu'à partir du mois de Juillet 2016, le nombre de journées réalisées est supérieur aux nombres de journées prévisionnelles. Cela s'explique par l'augmentation du nombre de jeunes accueillis à compter du mois d'Août.

Tableau comparatif des entrées et sorties 2016 :



Nous comptabilisons 10 fin de prises en charge en 2016, dont les raisons sont :

- Une fin de prise en charge à l'initiative des parents (5)
- Le refus catégorique de prise en charge en internat (2)
- Une prise en charge en raison de problème de consommation de toxique engendrant un risque accru et nécessitant la mise en sécurité du groupe d'adolescents accueillis (2),
- Une sortie liée à la fin de sa scolarité et l'obtention de la majorité (1).

Nous comptabilisons 13 entrées en 2016, notamment à compter du mois de Juin 2016.

- Point sur les modalités de transport des usagers l'année de signature du CPOM (plan de transport existant, problématiques actuelles, coût) :

Modalités d'organisation des transports	N-2	N-1	Problématiques
Activité assurée en interne ou externalisée	2 826 €	1 841 €	Pas de problématique particulière.

Effectifs

➤ Tableau des effectifs budgétés au dernier CA :

Catégorie	Nombre d'agents à temps plein	Temps partiel		Total		Nombre d'ETP au précédent compte administratif	Ecart
		Nombre d'agents	Nombre d'ETP	Nombre d'agents	Nombre d'ETP		
	(1)	(2)	(3)	(4) = (1) + (2)	(5) = (1) + (3)	(6)	(7) = (5) - (6)
DIRECTION / ENCADREMENT	1	2	1,05	3	2,05	2,05	0,00
01 : Directeur		1	0,55	1	0,55	0,55	0,00
04 : Directeur adjoint, attaché de direction., économiste		1	0,50	1	0,50	0,50	0,00
16 : Chef de service éducatif	1			1	1,00	1,00	0,00
ADMINISTRATION / GESTION	0	2	1,45	2	1,45	1,42	0,03
05 : Agent administratif et de bureau		1	0,60	1	0,60	0,57	0,03
06 : Autre personnel de direction/ gestion		1	0,85	1	0,85	0,85	0,00
SERVICES GENERAUX	5	1	0,57	6	5,57	6,57	-1,00
07 : Agent de service général		1	0,57	1	0,57	0,57	0,00
08 : Ouvrier professionnel	1			1	1,00	2,00	-1,00
71 : Maîtresse de maison	2			2	2,00	2,00	0,00
72 : Veilleur de nuit	2			2	2,00	2,00	0,00
RESTAURATION				0	0,00		0,00
SOCIO-EDUCATIF	6	1	1,80	7	7,80	6,00	1,80
30 : Professeur/moniteur E.P.S.	1			1	1,00	1,00	0,00
33 : Educateur technique	1			1	1,00		1,00
35 : Educateur spécialisé	1	1	1,80	2	2,80	2,00	0,80
38 : Aide médico-psychologique	1			1	1,00	1,00	0,00
68 : Elève moniteur éducateur	2			2	2,00	2,00	0,00
MEDICAL	0	1	0,29	1	0,29	0,29	0,00
52 : Médecin généraliste		1	0,29	1	0,29	0,29	0,00
PARAMEDICAL	0	1	0,78	1	0,78	0,78	0,00
54 : Infirmier D.E.		1	0,78	1	0,78	0,78	0,00
TOTAL	12	8	5,94	20	17,94	17,11	0,83

➤ GVT prévisionnel sur la durée du CPOM :

ITEPA		GVT PREVISIONNEL																		
	NOM PRENOM	EMPLEI	COEF DE BASE	COEF ANCIENNETE (Actuel)	DATE CHANGEMENT	1ER COEF NOUVEAU	2EME COEF NOUVEAU	3EME COEF NOUVEAU	CHGT Nbre de MOIS	HORAIRE MENSUEL	ETP	1° CHGT Nbre PTS ANNUELS	2° CHGT Nbre PTS ANNUELS	3° CHGT Nbre PTS ANNUELS	2017 val point 3,76€	2018 val point 3,76€	2019 val point 3,76€	2020 val point 3,76€	2021 val point 3,76€	
JANS	BOALES Anne	COORDINATRICE EDUC	411	513	06/06/2017	525	539		7	151,67	1,00	84.000	98.000		84.000			98.000		
JANS	BUREN Sylvain	AGENT TECHNIQUE	406	473	01/01/2019	486			12	151,67	1,00	156.000					156.000			
JANS	CAMPECH Patricia	COMPTABLE	434	715	01/06/2018	762			7	151,67	0,85	329.000				279.650				
JANS	CARMANDEAU Carmen	DAUPT DE MAISON	368	458	06/08/2019	472			5	151,67	1,00	70.000					70.000			
JANS	CAUPAIN Sylvaine	INFIRMIERE DPLG	446	597	10/01/2018	632	665		12	151,67	0,78	420.000	396.000			327.600			396.000	
JANS	COLIN Sabrina	MONITEUR EDUC	471	450	08/05/2018	464	476		8	151,67	1,00	112.000	96.000			112.000			96.000	
JANS	DEGUICHEN Michel	MEDICIN	1228	2125		0				60,67	0,29	0.000								
JANS	DESPLAT Valentin	AGENT TECHNIQUE	362	360	13/12/2017	376	391	403	1	87	0,57	9.178	15.000	12.000	9.178		15.000		12.000	
JANS	GONTELLI Benjamin	MONITEUR ADJ SP	358	393	01/07/2017	446	459	491	6	151,67	1,00	318.000	78.000	192.000	318.000	78.000			192.000	
JANS	GONTELLI Benjamin	MONITEUR DE MAISON	368	458	25/10/2019	472			3	151,67	1,00	42.000					42.000			
JANS	GONTELLI Benjamin	DAUPT DE MAISON	406	406	24/01/2018	414	429		12	25	1,00	15.824	180.000					190.000		
JANS	GONTELLI Benjamin	DAUPT DE MAISON	406	414	07/05/2017	429	446		8	151,67	1,00	120.000	136.000		120.000		136.000			
JANS	GONTELLI Benjamin	DAUPT DE MAISON	1000	1240	21/06/2019	1280			7	98,59	0,65	182.000								
JANS	HAUD Frédéric	EDUC SPORTIFS	446	566	01/01/2018	597	632		12	151,67	1,00	132.000	420.000		132.000				420.000	
JANS	HOUET Christophe	TECH SUP	434	581	05/10/2019	615			3	87	0,57	58.509					35.105			
JANS	JEROME Cedric	EDUCATION SPORTS	813	958,6	06/10/2018				3	151,67	0,50	0.000				0.000				
JANS	JEROME Cedric	EDUCATION SPORTS	446	491	01/07/2018	517			6	75,84	0,50	78.000				78.000				
JANS	LABOZY Stéphane	AGT SERV INTENAN	349	408	01/01/2019	415	425		12	151,67	1,00	72.000	120.000				72.000		120.000	
JANS	LABOZY Stéphane	MONITEUR ADJ SP	358	393	01/07/2017	446	459	491	6	151,67	1,00	318.000	78.000	192.000	318.000				192.000	
JANS	LABOZY Stéphane	SURVEILLANT PNT	368	425	01/01/2019	442			12	151,67	1,00	204.000					204.000			
POINTS															849,18	1 007,26	730,11	374,00	1 332,00	4 292,54
C															3 192,91	3 807,42	2 759,80	1 413,72	5 034,96	16 208,81

ITEPA		VALEUR POINT 3,76 €		INDEMNITES DEPARTS RETRAITES														
	NOM PRENOM	EMPLOI	ANCIENNETE	INDEMNITE CONVENTIONNELLE SAL BRUT	INDEMNITE CONVENTIONNELLE SAL BRUT	CHARGES/INDEMN CONV	INDEMNITE A VERSER	VALEUR PROBABLE	VALEUR ACTUELLE PROBABLE	CHARGE NORMALE	DETTE ACTUARIELLE	TOTAL	ANNEE DEPART 2017	ANNEE DEPART 2018	ANNEE DEPART 2019	ANNEE DEPART 2020	ANNEE DEPART 2021	
0,85	CAMPECH Patricia	COMPTABLE	11	1 MOIS	3 377,20 €		4 496,00 €	4 288,00 €	3 981,00 €	367,00 €	2 896,00 €	11 331,00 €			9 461,35 €			
0,29	DEGUICHEN Michel	MEDICIN	3	0	0,00 €		2 490,00 €	2 305,00 €	2 037,00 €	204,00 €	1 019,00 €	5 527,63 €					5 527,63 €	
	LABOZY Stéphane	DAUPT DE MAISON	16	1 MOIS	1 814,63 €													
0,55	LABOZY Stéphane	DIRECTEUR	27	3 MOIS			14 765,00 €	13 667,00 €	12 079,00 €	549,00 €	9 334,00 €	40 029,42 €					20 014,71 €	
0,5	LABOZY Stéphane	DIRECTEUR	22	3 MOIS	15 382,41 €								0,00 €	0,00 €	9 461,35 €	0,00 €	25 542,34 €	

Aucune provision n'a été constituée à ce jour afin de prendre en charge les futurs départs en retraite.

➤ Absentéisme

Tableau de l'absentéisme par nature et coût des remplacements.

Emploi occupé	Nature de l'absence	Nombre de jours	Coût de l'absence	Recettes en atténuation	Coût du remplacement	Absence de remplacement
Agent Technique	Maladie Hospitalisation /	77	4 516,31 €			X
Comptable	Maladie	2	193,94 €			X
Infirmière	Maladie	12	971,60 €			X
Moniteur adj. sport et loisirs	Maladie	8	429,09 €	285,93 €	442,00 €	
Cuisinier	Maladie	86	5 155,30 €			X
AMP	Maladie Hospitalisation /	31	1 740,58 €	865,28 €	1 561,00 €	
Technicienne supérieure	Maladie	12	736,77 €	171,90 €		X
Educateur spécialisé	Maladie	8	428,51 €	135,80 €	459,00 €	
Veilleur de nuit	Maladie	26	1 482,68 €	268,19 €	1 333,00 €	
Moniteur adjoint sport et loisirs	Maladie Hospitalisation /	61	3 073,20 €	927,20 €	1 800,00 €	
Surveillant de nuit	Maladie Hospitalisation /	28	1 613,92 €	730,34 €	1 443,00 €	
Agent de service intérieur	Maladie	35	1 008,70 €			X
Moniteur adj. sport et loisirs	Formation	69			9 086,00 €	
Moniteur adj. sport et loisirs	Formation	25		994,26 €	852,00 €	
Absentéisme/ titulaires	Sous total	480 j	21 350,60 €	4 378,90 €	16 976,00 €	
Moniteur éducateur	Maladie	8	460,30 €			X
Veilleur de nuit	Maladie	10	570,26 €	186,48 €	722,00 €	
Absentéisme/remplaçants	Sous total	18 j	1 030,56 €	186,48 €	722,00 €	
	<i>Soit maladie</i>	404 j	22 381,16 €	3 571,12 €	7 760,00 €	
	<i>Soit formation</i>	94 j	0,00 €	994,26 €	9 938,00 €	
TOTAL Général		498j	22 381,16 €	4 565,38 €	17 698,00 €	

⇒ Actions mises en place afin de réduire l'absentéisme

Nous comptons 404 jours d'absence pour maladie pour le personnel titulaire. Il est à préciser que ces arrêts pour maladie ne font pas suite à des incidents sur l'établissement. Cela est important vis-à-vis du public que nous accueillons et constitue une force du personnel en place. Le soutien des équipes dans les moments difficiles et au quotidien est primordial. Les équipes sont également soutenues par la direction et le médecin de l'établissement.

Nous projetons d'engager des séances d'analyse de pratiques professionnelles afin de préserver cette qualité de travail.

Politique de formation

a) Tableau de formation (en nombre d'heures) avec le type de formation, le personnel par fonction.

Fonction actuelle	Intitulé de la formation	Date de début	Date de fin	Nombre d'heures en 2016
Moniteur adjoint sport et loisirs	DSB VAE DEES	18/05/2015	31/07/2017	176h
Moniteur adjoint sport et loisirs	Educateur spécialisé	22/09/2014	30/06/2017	483h
Agent technique supérieur	DSB VAE DEETS	26/06/2014	30/06/2016	179h

La mise en place des entretiens professionnels en 2017 devrait permettre une meilleure gestion du plan de formation de l'établissement.

➤ Grandes orientations en matière de formation

L'association CROIX MARINE, dans le cadre de son mandat de gestion, évalue actuellement les compétences des salariés afin de détecter les besoins prioritaires de formation à l'occasion du Plan de Formation 2018.

Les actions de formation sont envisagées de façon pluriannuelle sur la durée totale du CPOM.

La quantification et la programmation annuelle des actions de formation seront totalement achevées au 4^{ème} trimestre 2017.

➤ Evaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs : Faire une synthèse du document unique d'évaluation des risques en termes de points forts/ points faibles (y compris volet risque psycho-sociaux le cas échéant)

Le document unique sur la prévention des risques est à jour et d'application actuelle.

Ce document fait l'objet d'une mise à jour au moins une fois par an et dans les cas suivants :

- lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail (notamment avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences ou des normes de productivité liées ou non à la rémunération) ;

- lorsqu'une information supplémentaire sur l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

Cette notion de décision d'aménagement important est prise au sens de l'article L. 4612-8 du code du travail.

Locaux et équipements

➤ Description synthétique des locaux :

L'internat est organisé dans des locaux spacieux de plain-pied.

La partie administrative est mitoyenne de l'internat mais séparée et sécurisée.

➤ Degré de vétusté des locaux, problème d'accessibilité, éventuellement projets d'investissement en cours de réflexion ou de mise en œuvre (mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction) :

Les bâtiments de l'ITEP connaissent une vétusté significative.

La projection d'un nouveau projet d'établissement en lien avec la reprise de l'activité par l'association CROIX MARINE, ainsi que l'élaboration d'un nouveau P.P.I. sur la durée du CPOM contracté doivent permettre de cibler les actions de rénovation prioritaires ainsi que les choix stratégiques de localisation des activités.

Mise en place des outils de la loi 2002-02 et qualité de la prise en charge

Préciser leur existence et commenter de manière synthétique le contenu, les modalités de gestion/d'utilisation de ces outils

L'ITEP ne parvenait pas depuis 2008 à remplir sa mission et l'inversion de tendance ne date que du 1^{er} juillet 2016 et du mandat de gestion qui a été confié à l'association CROIX MARINE.

Sur les 17 jeunes qui devraient être accueillis, la fréquentation réelle entre 2008 et 2015 ne dépasse que très rarement 14 jeunes. Plus généralement la fréquentation se situe entre 10 et 12 jeunes. Cette situation est liée au manque d'attractivité de l'ITEP et à sa politique de recrutement de jeunes. Même les partenaires prescripteurs sont interrogatifs, ainsi la MDPH de la Dordogne a saisi l'ARS en mai 2013 pour faire part des difficultés qu'elle pouvait rencontrer avec l'ITEP et son Directeur. La MDPH a signifié les difficultés rencontrées tant au niveau de l'admission des jeunes qui y sont orientés, que du non-respect des procédures par le directeur (les justificatifs de refus d'admission ne sont pas transmis, l'établissement ne participe pas aux équipes techniques, les dossiers transmis à la MDPH sont incomplets, les rendez-vous avec la MDPH ne sont pas honorés...).

Lors du dernier rapport d'inspection de l'ARS, il était également noté que les autres directeurs d'ITEP du Département s'étonnent de l'absence de communication avec le Directeur et font part de leur incompréhension quant au fonctionnement de cet ITEP.

Nous comprenons ainsi mieux le travail entrepris par l'association CROIX MARINE, ainsi que le délai nécessaire à cette dernière pour mettre à jour les établissements vis-à-vis de l'ensemble des obligations liées à la loi 2002-02.

➤ Projet d'établissement (art. L.311-8 CASF ; préciser les dates et les objectifs fixés) :

Le projet d'établissement existe et est connu des administrateurs et du personnel. Un travail nécessaire de réécriture est en cours afin que le nouveau projet d'établissement connaisse la même périodicité que le CPOM projeté sur la période 2018 – 2022.

➤ Livret d'accueil (art. L.311-4) :

Le livret d'accueil est existant. Il nécessite lui aussi une mise à jour en lien avec la réécriture du projet d'établissement.

➤ Règlement de fonctionnement (art. L.311-7 CASF) :

Le règlement de fonctionnement est obsolète et nécessite une réécriture. Ce travail est entrepris concomitamment à la réécriture du projet d'établissement.

➤ DIPEC (Document individuel de prise en charge) OU Contrat de séjour OU contrat de soutien et d'aide par le travail dans les ESAT (art L.311-4 CASF) :

Les contrats de séjour existent. Ils nécessitent, eux aussi, une mise à jour en lien avec la réécriture du projet d'établissement et celle du règlement de fonctionnement.

Diagnostic budgétaire et financier

➤ Analyse budgétaire et financière, par ESMS, des trois derniers comptes administratifs validés par l'ARS.L

Principaux indicateurs économiques

SYNTHESE COMPTE ADMINISTRATIF ITEP LE CHANTIER au 31-12-2016					
	2015	BP 2016	2016	Ecart/BP	P%
Groupe I	145 234	125 984	135 084	9 100	7,22%
Groupe II	814 436	817 885	800 990	-16 895	-2,07%
Groupe III	206 561	194 481	359 115	164 634	84,65%
Total Dépenses d'Exploitation	1 166 231	1 138 350	1 295 189	156 839	13,78%
Produits de la Tarification	991 003	1 210 552	1 129 482	-81 070	-6,70%
Autres Produits	42 193	0	18 392	18 392	

SYNTHESE COMPTE ADMINISTRATIF ITEP LE CHANTIER AU 31-12-2016			
	2014	2015	BP2016
Groupe I	143 452,36 €	145 233,67 €	125 984,00 €
Groupe II	834 142,54 €	814 436,14 €	817 885,44 €
Groupe III	238 730,80 €	206 560,58 €	194 481,00 €
Total Dépenses d'Exploitation	1 216 325,70 €	1 166 230,39 €	1 138 350,44 €
Produits de la Tarification	1 075 013,67 €	991 003,41 €	1 210 552,17 €
Autres Produits	56 025,44 €	42 193,47 €	0,00 €

Activité et Coût unitaire (préciser en fonction de l'activité de l'ESMS : journée, acte...):

	N-1	N	BP N+1
Activité allouée	3 433	3 365	3 450
Activité réalisée	3 258	3 237	
Coût unitaire	0	0	

Etablissement SAMSAH PERIGUEUX

Activité

➤ Autorisation :

- 15 places autorisées

Capacité installée : 19 places

➤ Activité : cf. tableau ci-dessous ; préciser par ailleurs le nombre de jours d'ouverture, les périodes de fermeture, les horaires d'ouverture ; le cas échéant préciser le détail par mode d'accueil ; le cas échéant, préciser les changements d'autorisation qui ont pu modifier l'activité sur les 3 dernières années.

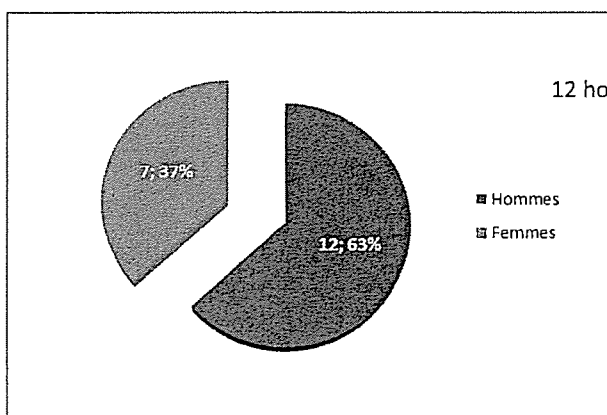
Modalités de décompte de l'activité	Activité théorique en fonction du nbre de jours d'ouverture	Moyenne du nombre de journées réalisées sur les 3 dernières années	Taux d'occupation (nbre de journées réalisées/ nombre de journées autorisées)
ESMS - journées d'accompagnement	5 475	5 757	105,15 %

➤ Commentaires / explication sur le niveau du taux d'occupation, l'inadéquation éventuelle de l'autorisation à l'activité effectivement réalisée :

En référence au rapport d'activité 2016, nous pouvons relever les évolutions suivantes : le SAMSAH de Périgueux a accueilli en 2016 19 jeunes sur orientation des MDPH.

Voici quelques éléments descriptifs du public accueilli :

Répartition par sexe :

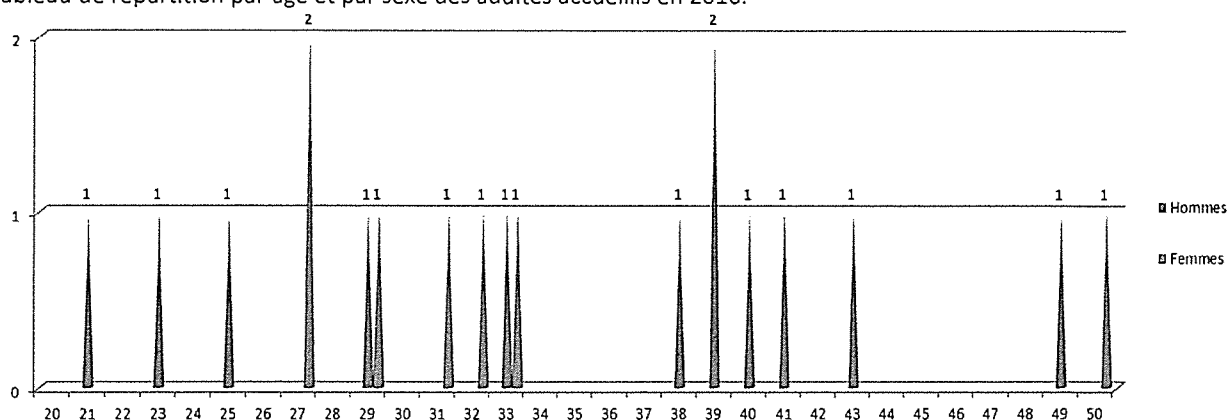


Sur 19 adultes accueillis, nous avons pris en charge 12 hommes et 7 femmes.

Le public orienté est donc majoritairement masculin.

Répartition par âge et par sexe :

Tableau de répartition par âge et par sexe des adultes accueillis en 2016.



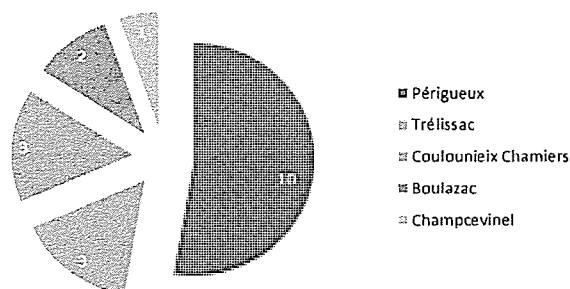
Le SAMSAH s'adresse à des adultes à partir de 20 ans, la moyenne d'âge en 2016 est de 34 ans.

Le plus jeune accueilli à 21 ans et la plus âgée 50 ans, ce qui démontre un spectre large au niveau des âges.

La moyenne d'âge des hommes accueillis est plus élevée que celle des femmes (35 ans pour 33 ans).

Par ailleurs, nous accueillons 3 jeunes qui ont moins de 25 ans, cela s'explique par l'articulation entre l'ITEP et le SAMSAH qui semble pour certains, être une passerelle vers l'acquisition de l'autonomie ou en tout cas une possibilité de prise en charge cohérente dans son parcours.

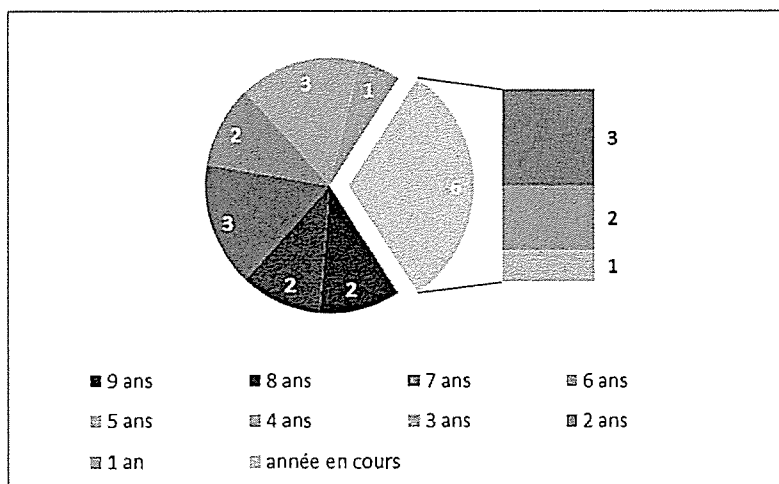
Lieu de vie des personnes accueillies :



Le SAMSAH s'adresse à des personnes dont la résidence se situe dans le Grand Périgueux.

Nous comptons 10 personnes dans Périgueux intra-muros, les 9 autres personnes résident dans la première couronne.

Durée de prise en charge :



La durée moyenne de séjour est actuellement portée à 5 ans.

Certaines personnes sont prises en charge depuis l'ouverture du service soit il y a 9 ans.

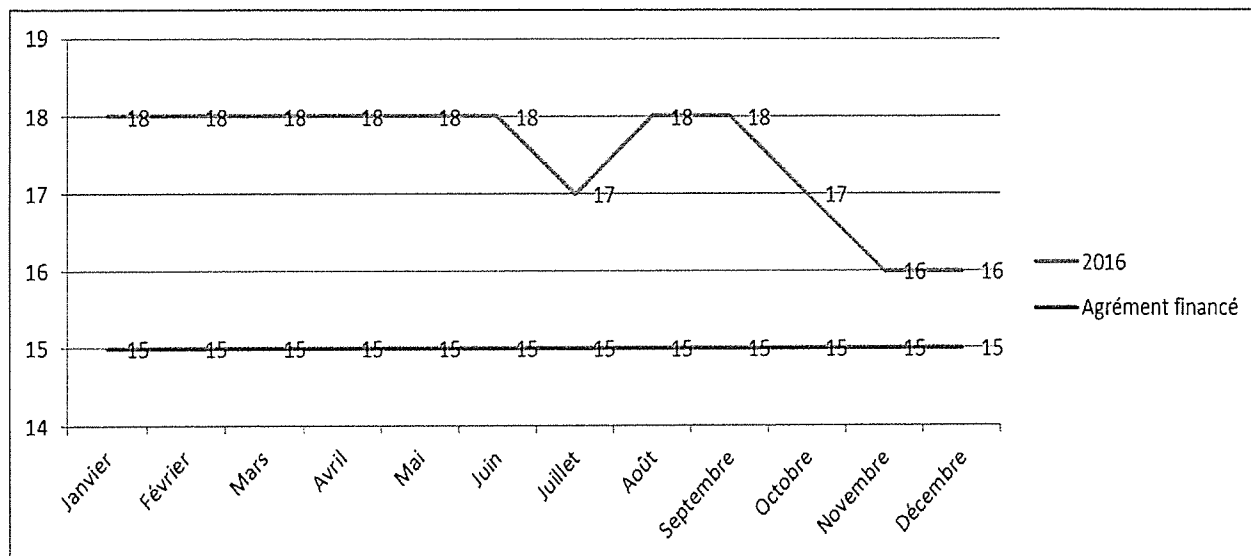
Six des dix-neuf personnes accueillies en 2016 sont arrivées il y a moins de deux ans.

Données d'activités :

Le SAMSAH de PERIGUEUX a un agrément pour l'accueil de 15 adultes. Au cours de l'année 2016, nous avons pris en charges 19 personnes et comptons une nouvelle entrée et trois fin de prise en charge.

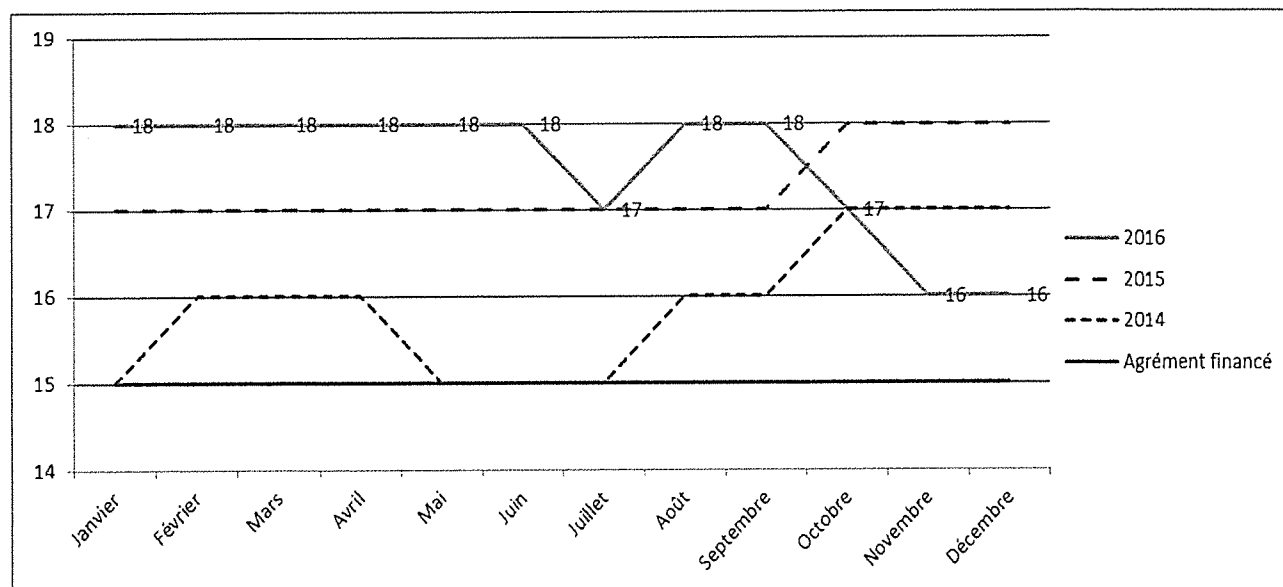
Au 31/12/16, 17 adultes étaient présents.

Tableau des fluctuations des présences au cours de 2016 :



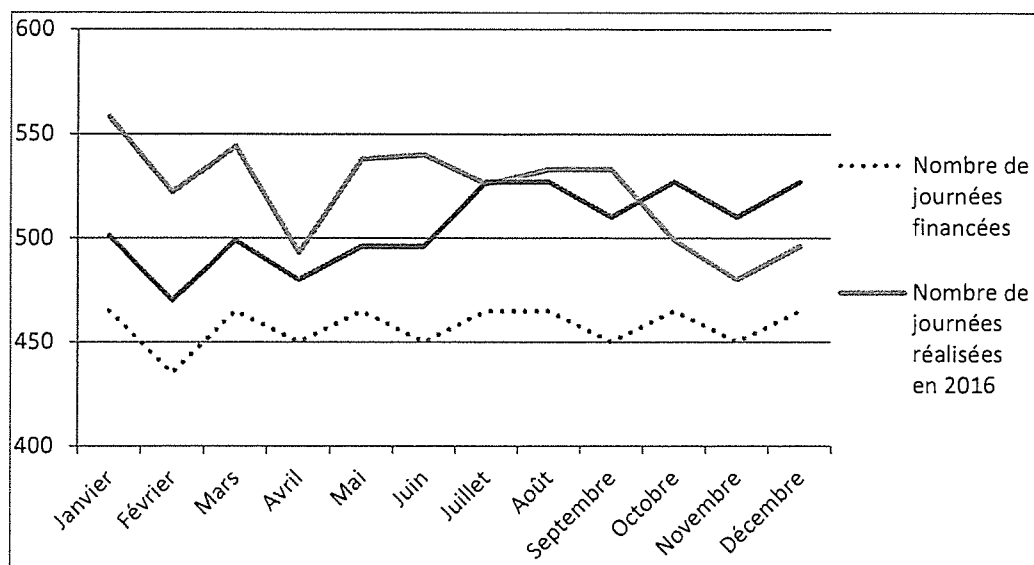
Nous pouvons noter que nous accueillons plus d'adultes que l'agrément financé. En cette fin d'année et cela lié au déficit de sur activité depuis de nombreuses années, nous allons, malgré la liste d'attente, nous rapprocher de la capacité d'accueil financée.

Tableau des fluctuations des prises en charges de 2014 à 2016 :



Par ce graphique, on constate que la sur activité est un élément constant ces dernières années. Depuis Octobre 2015, nous sommes arrivés à accueillir 18 adultes en situation de handicap psychique pour toujours, un agrément de 15 places.

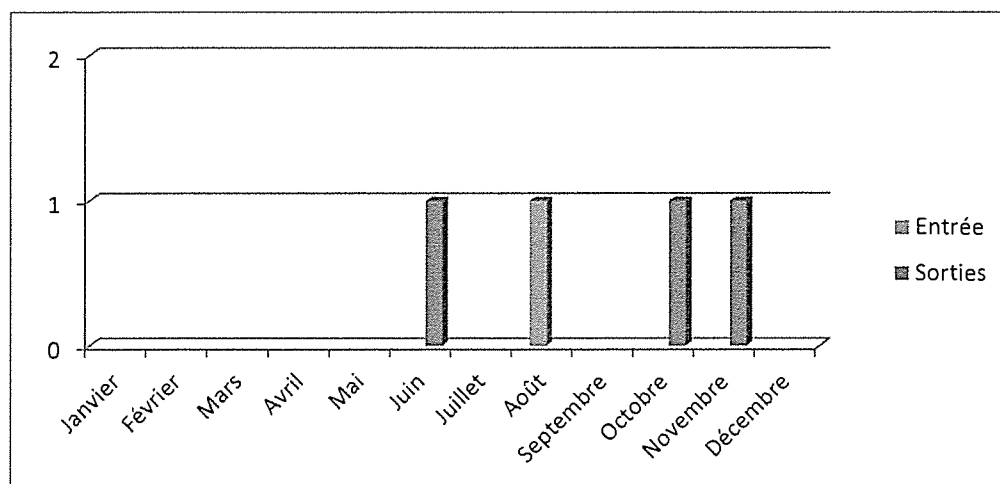
Synthèse du nombre de journées (financées/réalisées) :



Ce graphique démontre toujours, la sur-activité à moyen constants du service.

En effet, le service a effectué 787 journées supplémentaires soit 14,37% ce qui représente un taux d'occupation de 109,86%.

Tableau comparatif des entrées et sorties 2016 :



Nous comptabilisons 3 fin de prises en charge en 2016, dont les raisons sont :

- Un déménagement dans un autre département
- Un départ volontaire
- Un départ volontaire suivi d'une longue hospitalisation.

Nous comptabilisons une entrée Août en 2016. Par ailleurs, il existe une liste d'attente pour l'entrée au SAMSAH (3 personnes).

Effectifs

➤ Tableau des effectifs budgétés au dernier CA :

Catégorie	Nombre d'agents à temps plein	Temps partiel		Total		Nombre d'ETP au précédent compte administratif	Ecart
		Nombre d'agents	Nombre d'ETP	Nombre d'agents	Nombre d'ETP		
	(1)	(2)	(3)	(4) = (1) + (2)	(5) = (1) + (3)	(6)	(7) = (5) - (6)
DIRECTION / ENCADREMENT	0	1	0,35	1	0,35	0,35	0,00
04 : Directeur adjoint, attaché de direction., économe		1	0,35	1	0,35	0,35	0,00
ADMINISTRATION / GESTION	0	1	0,18	1	0,18	0,18	0,00
05 : Agent administratif et de bureau		1	0,18	1	0,18	0,18	0,00
SOCIO-EDUCATIF	2	3	1,25	5	3,25	3,25	0,00
38 : Aide médico-psychologique	2	3	1,25	5	3,25	3,25	0,00
MEDICAL	0	1	0,11	1	0,11	0,11	0,00
52 : Médecin généraliste		1	0,11	1	0,11	0,11	0,00
PARAMEDICAL	0	2	0,72	2	0,72	0,72	0,00
54 : Infirmier D.E.		2	0,72	2	0,72	0,72	0,00
TOTAL	2	8	2,61	10	4,61	4,61	0,00

Catégorie	Nombre d'agents à temps plein	Temps partiel		Total		Nombre d'ETP au précédent	Ecart
		Nombre d'agents	Nombre d'ETP	Nombre d'agents	Nombre d'ETP		
	(1)	(2)	(3)	(4) = (1) + (2)	(5) = (1) + (3)	(6)	(7) = (5) - (6)
DIRECTION / ENCADREMENT	0	2	0,25	2	0,25	0,25	0,00
01 : Directeur		1	0,10	1	0,10	0,10	0,00
04 : Directeur adjoint, attaché de direction., économe		1	0,15	1	0,15	0,15	0,00
ADMINISTRATION / GESTION	0	1	0,15	1	0,15	0,15	0,00
05 : Agent administratif et de bureau		1	0,15	1	0,15	0,15	0,00
SOCIO-EDUCATIF	1	3	1,75	4	2,75	2,75	0,00
36 : Moniteur Educateur		1	0,75	1	0,75	0,75	0,00
42 : CESF	1			1	1,00	1,00	0,00
38 : Aide médico-psychologique		2	1,00	2	1,00	1,00	0,00
TOTAL	1	6	2,15	7	3,15	3,15	0,00

➤ GVT prévisionnel sur la durée du CPOM :

SAMSAH GLOBAL			GVT PREVISIONNEL																		
	NOM PRENOM	EMPLOI	COEF DE BASE	COEF ANCIENNETE (Actuel)	DATE CHANGEMENT	1ER COEF	2EME COEF	3EME COEF	CHGT Nbre DE MOIS	HORAIRE MENSUEL	ETP	1ER CHGT Nbre PTS ANNUELS	2EME CHGT Nbre PTS ANNUELS	3EME CHGT Nbre PTS ANNUELS	POINTS SUP 2017 VAL 3,76€	POINTS SUP 2018 VAL 3,76€	POINTS SUP 2019 VAL 3,76€	POINTS SUP 2020 VAL 3,76€	POINTS SUP 2021 VAL 3,76€		
3ANS	BARRET Fabrice	EDUCATEUR SPT	411	513	06/10/2017	525	539		3	151,67	1	36,000	42,000		36,000			42,000			
2ANS	CAPGRAS Marion	MONITRICE EDUCAT	421	450	29/09/2017	464	476	493	4	151,67		56,000	12,000	17,000	56,000		12,000		17,000		
	CAMPECH Patricia	COMPTABLE	434	715	01/06/2018	762			7	151,67	0,15	329,000				49,350					
	CAUPELLE Severine	INFERMIERE DPLG	446	597	10/01/2018	632	665		12	151,67	0,22	420,000	396,000			92,400			87,120		
3ANS	DAUBON Helene	AMP	406	460	06/10/2017	473	486		3	151,67	1	39,000			39,000						
	DEGUHNEN Michel	MEDECIN	1228	2125						60,67	0,1125										
2ANS	FELIS Nicolas	MONITEUR EDUC	421	464	01/07/2017	476	493	513	6	151,67	1	72,000	17,000	20,000	72,000		17,000		20,000		
	FOURTOULT Brigitte	AMP	406	486	05/01/2018	499			12	75,84	0,5	78,005				78,005					
	MAINGRE Claude	AMP	406	499	06/01/2019	511			12	75,84	0,5	72,005				72,005					
	MALY Pierre	DIRECTEUR	1000	1240							0,1										
2ANS	MANON Alexandre	CESF	434	478	06/03/2019	503	537		10	151,67	1	250,000	34,000				250,000		34,000		
	NOUET Christele	TECH SUP	434	581	05/10/2019	615			3	87	0,18	58,509					10,532				
	OZERAY Corine	DIRECTRICE SOINS	813	958,6	06/10/2018						0,5										
	SOUJIER Anne	MONIT EDUC REMP	421	421	29/09/2017	434				151,67	1	52,000									
	VALIANI Sophie	INFERMIERE DPLG	446	735	10/12/2020	783			1	75,84	0,5	24,002						24,002			
															POINTS	203,00	291,76	289,33	66,00	158,12	1 008,41
															C	763,28	1 102,85	1 094,43	249,49	597,69	3 807,74

➤ Absentéisme

Tableau de l'absentéisme par nature et coût des remplacements.

CD 24	ARS	EMPLOI	NATURE	NBRE JOURS	COUT DE L'ABSENCE	RECETTE EN ATTENUATION	RECETTE ATT CD	RECETTE ATT ARS	COUT DU REMPLACEMENT ARS	COUT DU REMPLACEMENT CD
0,75	0,25	Moniteur Educateur	Maladie	119	7 156,28 €	1 635,33 €	1 226,50 €	408,83 €		
0,75	0,25	Moniteur Educateur	Maternité	52	3 173,58 €	2 917,85 €	2 188,39 €	547,10 €		
REPLACEMENT										
0,75	0,25	Moniteur Educateur							1 371,25 €	4 113,75 €
		AMP	Maladie	2	124,77 €					
		CESF	Maladie	1	60,62 €					
		Infirmière	Maladie	3	147,03 €					
				177j	10 662,28 €	4 553,18 €	3 414,89 €	955,93 €	1 371,25 €	4 113,75 €
TOTAL									5 485,00 €	

⇒ Actions mises en place afin de réduire l'absentéisme

Nous comptons 177 jours d'absence pour maladie pour le personnel titulaire.

Il est à préciser que ces arrêts pour maladie ne font pas suite à des incidents sur l'établissement. Cela est important vis-à-vis du public que nous accueillons et constitue une force du personnel en place. Le soutien des équipes dans les moments difficiles et au quotidien est primordial. Les équipes sont également soutenues par la direction et le médecin de l'établissement.

Nous projetons d'engager des séances d'analyse de pratiques professionnelles afin de préserver cette qualité de travail.

Politique de formation

Il n'y a pas eu de formation pour le personnel du SAMSAH.

La mise en place des entretiens professionnels en 2017 devrait permettre une meilleure gestion du plan de formation de l'établissement.

➤ Grandes orientations en matière de formation

L'association CROIX MARINE, dans le cadre de son mandat de gestion, évalue actuellement les compétences des salariés afin de détecter les besoins prioritaires de formation à l'occasion du Plan de Formation 2018.

Les actions de formation sont envisagées de façon pluriannuelle sur la durée totale du CPOM.

La quantification et la programmation annuelle des actions de formation seront totalement achevées au 4^{ème} trimestre 2017.

- Evaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs : Faire une synthèse du document unique d'évaluation des risques en termes de points forts/ points faibles (y compris volet risque psycho-sociaux le cas-échéant)

Le document unique sur la prévention des risques est à jour et d'application actuelle.

Ce document fait l'objet d'une mise à jour au moins une fois par an et dans les cas suivants :

- lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail (notamment avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences ou des normes de productivité liées ou non à la rémunération) ;

- lorsqu'une information supplémentaire sur l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

Cette notion de décision d'aménagement important est prise au sens de l'article L. 4612-8 du code du travail.

Locaux et équipements

Non significatif en ce qui concerne le SAMSAH.

Mise en place des outils de la loi 2002-02 et qualité de la prise en charge

Préciser leur existence et commenter de manière synthétique le contenu, les modalités de gestion/d'utilisation de ces outils

- Projet d'établissement (art. L.311-8 CASF ; préciser les dates et les objectifs fixés) :

Le projet d'établissement existe et est connu des administrateurs et du personnel. Un travail nécessaire de réécriture est en cours afin que le nouveau projet d'établissement connaisse la même périodicité que le CPOM projeté sur la période 2018 – 2022.

- Livret d'accueil (art. L.311-4) :

Le livret d'accueil est existant. Il nécessite lui aussi une mise à jour en lien avec la réécriture du projet d'établissement.

- Règlement de fonctionnement (art. L.311-7 CASF) :

Le règlement de fonctionnement est obsolète et nécessite une réécriture. Ce travail est entrepris concomitamment à la réécriture du projet d'établissement.

- DIPEC (Document individuel de prise en charge) OU Contrat de séjour OU contrat de soutien et d'aide par le travail dans les ESAT (art L.311-4 CASF) :

Les contrats de séjour existent. Ils nécessitent, eux aussi, une mise à jour en lien avec la réécriture du projet d'établissement et celle du règlement de fonctionnement.

Diagnostic budgétaire et financier

- Analyse budgétaire et financière, par ESMS, des trois derniers comptes administratifs validés par l'ARS

Principaux indicateurs économiques

SYNTHESE COMPTE ADMINISTRATIF SAMSAH ARS au 31-12-2016					
	2015	BP 2016	2016	Ecart/BP	P%
Groupe I	3 287	4 191	23	-4 168	-99,45%
Groupe II	203 613	196 269	226 854	30 585	15,58%
Groupe III	23 395	4 665	15 801	11 136	238,71%
Total Dépenses d'Exploitation	230 295	205 125	242 678	37 553	18,31%
Produits de la Tarification	204 104	205 125	205 125	0	0,00%
Autres Produits	21 409	0	14 636	14 636	

SYNTHESE COMPTE ADMINISTRATIF SAMSAH CD 24 au 31-12-2016					
	2015	BP 2016	2016	Ecart/BP	P%
Groupe I	23 887	24 614	26 894	2 280	9,26%
Groupe II	136 294	130 698	158 652	27 954	21,39%
Groupe III	59 438	28 489	46 310	17 821	62,55%
Total Dépenses d'Exploitation	219 619	183 801	231 856	48 055	26,15%
Produits de la Tarification	148 761	207 688	207 481	-207	-0,10%
Autres Produits	18 119	-23 887	35 648	59 535	

Modifier le tableau de synthèse compte administratif SAMSAH ARS au 31-12_2016

SYNTHESE COMPTE ADMINISTRATIF SAMSAH ARS AU 31-12-2016			
	2014	2015	BP2016
Groupe I	3 039,90 €	3 286,82 €	4 191,00 €
Groupe II	216 494,24 €	203 613,05 €	196 268,92 €
Groupe III	42 934,86 €	23 395,24 €	4 664,60 €
Total Dépenses d'Exploitation	262 469,00 €	230 295,11 €	205 124,52 €
Produits de la Tarification	203 900,00 €	204 104,00 €	205 124,52 €
Autres Produits		21 409,46 €	

Activité et Coût unitaire (préciser en fonction de l'activité de l'ESMS : journée, acte...):

	N-1	N	BP N+1
Activité allouée	5 475	5 475	5 475
Activité réalisée	6 070	6 262	
Coût unitaire	67,61 €	67,75 €	

ANNEXE 2 : Fiches action

Orientation stratégique n° 1 : Renforcer la cohésion et la gouvernance de l'association

FICHE ACTION n° 1

PROJET ASSOCIATIF

Constats :

Réécriture des projets à initier

Mise en harmonie du fait de l'absorption par l'association CROIX MARINE

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : Présidence

- Partenaires :

*les administrateurs

*la direction des établissements et services

*les adhérents

*implication des usagers et des salariés dans le processus de réflexion

- Mise en œuvre : 1^{er} semestre 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Constitution de groupes de travail
- Tenue de réunions de travail
- Implication des administrateurs et de la direction

- le cas échéant, en matière de coopération :

-
-

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Méthodologie basée sur constitution de groupes de travail

- Présentation en conseil d'administration

- Adoption du projet associatif par l'assemblée générale en juin 2018

Orientation stratégique n° 1 : Renforcer la cohésion et la gouvernance de l'association

FICHE ACTION n° 2

PROJET D'ETABLISSEMENT

Constats :

Réécriture des projets à initier en corrélation avec le projet associatif

Mise en harmonie du fait de l'absorption par l'association CROIX MARINE

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

*les adhérents

*implication des usagers et des salariés dans le processus de réflexion

- Mise en œuvre : 2nd semestre 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Constitution de groupes de travail
- Tenue de réunions de travail (salariés/usagers/famille)
- Implication des administrateurs

- le cas échéant, en matière de coopération :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Tenue de réunions de travail dont la direction sera rapporteuse
- Adoption par le conseil d'administration de supports écrits

Perspectives d'amélioration :

- Prise en compte de l'inclusion de l'utilisateur dans le processus
- Projet écrit, réfléchi par tous les acteurs

**Orientation stratégique n° 2 : Mise en œuvre de la réponse pour un accompagnement
pour tous**

FICHE ACTION n° 3

LES PARTENARIATS ET L'OUVERTURE A L'EXTERIEUR

Constats :

Partenariats à consolider et à formaliser

Nouvelle ouverture et coopération mise en œuvre par l'association CROIX MARINE

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

*le président

*les administrateurs

*implication de la direction adjointe

- Mise en œuvre : 1^{er} semestre 2018

- Réalisation d'un état des lieux de l'existant

- Anticiper les besoins

- Faire vivre et actualiser les partenariats

- Repérer/Disposer d'une force de conseil et d'orientation (expertise) sur ces contacts partenariaux au sein du Conseil d'Administration

- Participer au repérage des besoins de formation en lien avec les besoins identifiés des jeunes et de développement de partenariats

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Maîtriser l'articulation de la réponse à la personne accompagnée par un partenariat sanitaire/établissement social et médico-social
- Implication des personnes ressources (salariés/administrateur) au sein des instances partenaires

Ressources dégagées nécessaires : rechercher des sources de financement potentielles

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Période 2019-2020 pour le développement du réseau, la contractualisation officielle des partenariats et le déploiement d'une présence soutenue au sein des instances des partenaires

Perspectives d'amélioration :

- .Amélioration du suivi du parcours de l'utilisateur
- .Orientation de l'utilisateur en fonction de ses besoins par le jeu du réseau et des partenariats

**Orientation stratégique n° 2 : Mise en œuvre de la réponse pour un accompagnement
pour tous**

FICHE ACTION n° 4

Développement des liens avec la Psychiatrie sur le territoire de la Dordogne

Constats :

ITEP :

Besoin d'aide à la prise en charge de jeunes avec troubles du comportement compte tenu de la présence de jeunes en ITEPA en situation de grande fragilité psychique limitant les apprentissages ;

Difficulté de réaliser le travail éducatif du fait de troubles de comportement importants ;

Jeunes ne pouvant s'inscrire dans des ateliers d'apprentissage ;

Situations de mise en danger de soi (ex : automutilation, auto-agressivité) ou envers les autres (menace avec couteau, agressivité...) et Mise en danger des équipes éducatives

SAMSAH :

Remettre l'usager au cœur du dispositif : projet de vie personnalisé, soutien dans la recherche d'une plus grande autonomie

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

* le président et les administrateurs

* les Services Hospitaliers de Psychiatrie

* la Psychiatrie et pédopsychiatrie (Médecine de Ville)

* les intervenants en matière de Soins

- Mise en œuvre : 2017-2021

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Méthodologie basée sur l'implication de la direction, de la direction Adjointe en charge du soin et du Président de Croix Marine auprès des partenaires du champ Psychiatrique
- Consolider le partenariat entre ESMS, notamment pour faciliter les possibilités de séjour de rupture inter-ESMS. Dans ce cadre, mener un travail en lien avec la MDPH permettant de faciliter les passerelles inter-ESMS
- Mieux maîtriser l'environnement de la personne pour la soutenir dans la recherche d'une plus grande autonomie
- Développer la citoyenneté,
- Assurer la coordination de l'ensemble des intervenants pour le maintien à domicile dans le respect d'un projet défini avec l'usager

- le cas échéant, en matière de coopération :

- Réseau partenarial à étendre de façon générale, liens avec les établissements de santé à renforcer et plus spécifiquement : possibilité de prise en charge alternée à mettre en place et à l'inverse, relais, tuiage à travailler pour orientations
- Evaluation des soins de ville possibles et formalisation de dispositifs d'accompagnement avec certains professionnels libéraux, permettant une évaluation qualité de leurs prestations au bénéfice des usagers
- Constituer des réseaux autour de l'utilisateur, favoriser la solidarité et l'entraide

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Rencontre de l'ensemble des partenaires du secteur de la psychiatrie sur le territoire (hospitaliers et libéraux).
- Rencontre avec les partenaires sociaux et intervenants du Soin à domicile
- Nombre de relais pris par le secteur de la psychiatrie
- Nombre d'utilisateurs suivi par la médecine de ville en soutien à l'établissement
- Orientation de la MDPH en adéquation avec les capacités d'accueil de l'établissement

Perspectives d'amélioration :

- Déploiement du réseau de partenaires
- Articulation avec le champ du sanitaire
- Favoriser l'inclusion de la personne dans la société par la mise en œuvre d'un projet de vie établi avec la MDPH par exemple

Orientation stratégique n° 2 : Mise en œuvre de la réponse pour un accompagnement pour tous

FICHE ACTION n° 5

Participation à la mise en œuvre des PAG et des GOS

Constats :

L'objectif de l'association Croix Marine est de s'inscrire totalement dans la démarche « une réponse accompagnée pour tous ».

Cela passe par la volonté profonde de rejoindre les dispositifs PAG et GOS afin de contribuer de manière volontaire à la réussite de ces derniers pour l'accompagnement optimal des usagers

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

* le président et les administrateurs

* l'ensemble du personnel

* les financeurs,

* la MDPH

Mise en œuvre : 1er Semestre 2018 et jusqu'au terme du CPOM

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- S'assurer de la présence de l'utilisateur ou de sa famille en GOS (ARTICLE 89 de la LMSS)
- Contribuer aux moyens donnés à l'utilisateur ou sa famille d'être véritablement impliqué dans le processus et non seulement d'y assister
- S'impliquer lorsque l'on est sollicité pour répondre prioritairement à ces situations
- Mobiliser l'ensemble du personnel.

- le cas échéant, en matière de coopération :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de situations signalées pour lesquelles les établissements ont pu avancer une solution de prise en charge

Perspectives d'amélioration :

- Atteindre l'objectif d'une Réponse accompagnée pour tous

**Orientation stratégique n° 2 : Mise en œuvre de la réponse pour un accompagnement
pour tous**

FICHE ACTION n° 6

La gestion des troubles de la conduite et du comportement

Constats :

En cas de trouble du comportement mettant en difficulté le groupe, l'équipe ou l'utilisateur lui-même.

Nos actions doivent nous permettre :

- L'adoption d'une posture positive par les professionnels dans la poursuite de l'accompagnement de la personne
- La recherche des causes à l'origine du comportement
- Le maintien du climat de confiance entre les professionnels et la personne

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

* le président et les administrateurs

* l'ensemble du personnel

* les financeurs,

Mise en œuvre : sur la durée totale du CPOM soit 2018-2022

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Analyser les incidents et événements critiques au sein de l'établissement par un groupe de travail en reprenant les bilans réguliers, les modifications de pratiques et d'organisation. Ces bilans réguliers conduisent à réinterroger l'organisation et éventuellement les procédures, à retenir des pistes d'amélioration.
- Faire évoluer le projet d'établissement/les procédures en associant les personnes accompagnées (notamment dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale) afin de limiter les facteurs institutionnels susceptibles d'être générateurs de difficultés (procédure d'accueil, promiscuité, aménagement, etc.).
- Intégrer dans le dialogue de gestion la prise en compte de la variabilité et de l'évolutivité des besoins en accompagnement des personnes sujettes aux troubles du comportement en objectivant le temps d'accompagnement et les prestations nécessaires-

- le cas échéant, en matière de coopération :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre d'échecs de prise en charge et/ou de réorientations

Orientation stratégique n° 3 : Mise en œuvre d'une gestion performante et qualitative

FICHE ACTION n° 7

La formalisation des outils de la Loi 2002-2

Constats :

L'ensemble des outils de la loi 2002-2 sont à revisiter dans le cadre d'une démarche fédérative et dynamique afin que chaque acteur puisse se l'approprier.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE
 - Partenaires :
 - * le président et les administrateurs
 - * l'ensemble du personnel
 - * les usagers et leurs représentants
- Mise en œuvre : 1er Semestre 2019

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :
 - Constitution de groupes de travail
 - Réunions de travail et production d'écrits.
- le cas échéant, en matière de coopération :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Adoption des documents mis à jour : Charte des droits et libertés, livret d'accueil, contrat de séjour, communication sur le projet personnalisé ...

Perspectives d'amélioration :

- Implication de l'ensemble des acteurs pour une appropriation collective des outils

Orientation stratégique n° 3 : Mise en œuvre d'une gestion performante et qualitative

FICHE ACTION n° 8

La mise en œuvre des outils de la Loi 2002-2

Constats :

Parvenir à une meilleure connaissance des outils de la loi 2002-2 par les personnes accueillies ou prises en charge

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

* le président et les administrateurs

* l'ensemble du personnel

* les usagers et leurs représentants

Mise en œuvre : 1er Semestre 2019

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Afficher la Charte des droits et libertés dans tous les établissements
- Communication et explication sur le projet personnalisé
- Approfondir l'explication des outils de la loi 2002-2 par les différents documents remis aux personnes accueillies.

- le cas échéant, en matière de coopération :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Remise effective contre reçu des documents mis à jour (Charte des droits et liberté, livret d'accueil, contrat de séjour, communication sur le projet personnalisé...

Perspectives d'amélioration :

- Documents à établir en lien avec les Recommandations de Bonnes pratiques de l'ANESM

Orientation stratégique n° 4 : Adoption de la logique de parcours de l'utilisateur et la fin de la logique de place installée

FICHE ACTION n° 9

Favoriser le parcours de l'utilisateur vers une ouverture sur le Milieu Ordinaire

Constats :

L'objectif de l'association Croix Marine est d'améliorer l'inclusion de l'utilisateur dans la vie sociale ordinaire et citoyenne.

Ne plus se concentrer sur les contraintes internes des établissements, mais au contraire adopter le point de vue de l'utilisateur ou de ses proches.

La mise en place du droit à la compensation du handicap doit y concourir en permettant à l'utilisateur de palier ses difficultés et son handicap grâce à l'octroi d'aides techniques, humaines, financières.

L'intérêt majeur de la démarche : sa capacité à prendre en compte le parcours réel et intégral des usagers.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

* le président et les administrateurs

* l'ensemble du personnel

* les financeurs,

* la MDPH

Mise en œuvre : immédiate et continue jusqu'au terme du CPOM

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Articuler le projet institutionnel autour des besoins de la personne accompagnée.
- Mise en œuvre d'une démarche dynamique devant permettre l'adaptation des projets d'établissements, des modes d'hébergement et les modifications d'orientation, en fonction de l'évolution de la population accueillie.
- Nécessité d'établir des partenariats avec le secteur culturel et sportif par exemple

- le cas échéant, en matière de coopération :

Travail à initier en collaboration avec la MDPH

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Réalisation d'une étude annuelle des besoins de la population accompagnée, ainsi qu'une étude globale au terme du CPOM dans le cadre de sa renégociation
- Recenser les actions mises en œuvre pour promouvoir l'ouverture sur le Milieu sportif, culturel et le développement de la citoyenneté

Favoriser le parcours de l'utilisateur pour une ouverture sur le Milieu Ordinaire

Perspectives d'amélioration :

- Atteindre l'objectif d'une Réponse accompagnée pour tous

Orientation stratégique n° 5 : Mise en œuvre d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et compétences

FICHE ACTION n° 10

Une politique de Formation Qualifiante pour le personnel

Constats :

Cette action vise au renforcement des compétences des salariés pour l'accompagnement des nouveaux publics accueillis ou à accueillir : adolescents présentant des Troubles Envahissants du Développement et des Troubles du Comportement et de la Conduite.

Il s'agit de la mise en œuvre d'actions de formation spécifiques, en rapport avec les pathologies prises en charge dans l'établissement et aux objectifs à atteindre.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

* le président et les administrateurs

* l'ensemble du personnel

Mise en œuvre : 1er Semestre 2018

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- La communication aux salariés concernés par le biais des entretiens professionnels de la nécessité d'être diplômé compte tenu du poste occupé.
- La priorisation de l'utilisation des budgets formation aux parcours diplômants pour les salariés concernés.
- Un soutien accru de la direction pour favoriser la réussite au diplôme de ces salariés.
- Une adaptation du plan de formation au public accueilli, aux choix stratégiques, aux enjeux des acteurs et proportionnée aux ressources

- le cas échéant, en matière de coopération :

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre d'actions de formation par an
- Evaluation des contrats d'objectifs professionnels

Perspectives d'amélioration :

- Mise en place d'une GPEC pertinente
- En faire un outil de dialogue social
- Améliorer la prise en charge des usagers et le bien-vivre au travail

**Orientation stratégique n° 6 : La mise en œuvre de la Démarche Qualité : Evaluations
Interne et Externe**

FICHE ACTION n° 11

Initier la démarche Qualité

Constats :

Approche et organisation opérationnelles afin d'atteindre les objectifs fixés par la politique qualité (orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par la Direction et à formaliser dans un document écrit).

- Réalisation d'une évaluation interne
- Réalisation d'une évaluation externe

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

*le président

*les administrateurs

*implication de l'ensemble du personnel

*recours à un auditeur externe

- Mise en œuvre :

*1^{er} semestre 2019 pour la constitution du comité de pilotage et l'initiation de la démarche rédactionnelle des procédures internes

*2^{ème} Semestre 2019 pour la réalisation de l'évaluation interne.

*Années 2020 - 2021 pour le lancement de la démarche d'évaluation externe

- Réalisation d'un état des lieux de l'existant

- Méthodologie basée sur la constitution d'un groupe de travail (comité de pilotage) au sein de l'établissement

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Mobilisation de l'ensemble du personnel par le biais de la formation et de l'évaluation interne
- Rédaction par le groupe de travail de l'ensemble des procédures internes appliquées
- Réalisation d'un audit interne
- Réalisation d'un audit externe
- Après la réalisation de chacun des audits (interne et externe), l'Etablissement devra positionner des processus de travail, validés par des procédures pour l'amélioration de la qualité

Ressources dégagées nécessaires : rechercher des sources de financement potentielles

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

Le respect du calendrier

Nombre et importance des axes d'amélioration retenus Procédure d'engagement de la démarche d'amélioration de la qualité
<u>Perspectives d'amélioration</u> : - Amélioration continue de la qualité des services - Recherche de la qualité de vie au travail pour l'ensemble du personnel salarié

**Orientation stratégique n° 6 : La mise en œuvre de la Démarche Qualité : Evaluations
Interne et Externe**

FICHE ACTION n° 12

S'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité

Constats :

Après la réalisation de chacune des évaluations (interne et externe), l'Etablissement devra positionner des processus de travail, validés par des procédures pour l'amélioration de la qualité.

L'objectif est de relancer la démarche d'amélioration continue, de remobiliser les acteurs, et d'impulser une nouvelle dynamique.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : la direction des établissements et services gérés par l'association CROIX MARINE

- Partenaires :

*le président

*les administrateurs

*implication de l'ensemble du personnel

*recours à un auditeur externe

- Mise en œuvre : Années 2020 - 2022 pour le suivi de la démarche qualité

- Méthodologie basée sur la constitution d'un groupe de travail (comité de pilotage) au sein de l'établissement

Moyens de mise en œuvre :

- Organisationnels et humains :

- Lancer la réalisation d'études de satisfaction
- Améliorer la connaissance et le rôle des instances de participation (CVS par exemple) et ainsi favoriser l'expression des personnes accueillies
- Formaliser un recueil de remarques et sujétions des usagers
- Formaliser le recueil des événements indésirables et effectuer un bilan annuel comparé

Ressources dégagées nécessaires : rechercher des sources de financement potentielles

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

Nombre de réunions du comité de suivi organisées

Nombre d'actions correctrices entreprises

Perspectives d'amélioration :

- Amélioration continue de la qualité des services
- Recherche de la qualité de vie au travail pour l'ensemble du personnel salarié

ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs

Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	Etat d'avancement					Commentaires
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<u>Fiche action n° 1</u> Projet associatif	Adoption AG 06-2018							
<u>Fiche action n° 2</u> Projet établissement	Adoption par le conseil d'administration 2018							
<u>Fiche action n° 3</u> Partenariats	Période 2019-2020 Formalisation							
<u>Fiche action n° 4</u> Liens avec la psychiatrie	Orientation de la MDPH							
<u>Fiche action n° 5</u> Mise en œuvre PAG-POS	Nombre de situations signalées							
<u>Fiche action n° 6</u> Gestion troubles	Nombre d'échecs de prise en charge et/ou de réorientations							
<u>Fiche action n° 7</u> Outils Loi 2002-02	Adoption des documents mis à jour							
<u>Fiche action n° 8</u> Outils Loi 2002-02	Remise des documents mis à jour							

Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	Etat d'avancement					Commentaires
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<u>Fiche action n° 9</u> Ouverture Milieu ordinaire	Étude annuelle des besoins des usagers Recenser les actions pour promouvoir l'ouverture sur le milieu ordinaire							
<u>Fiche action n° 10</u> Formation	Nombre d'actions de formation par an Evaluation des contrats d'objectifs professionnels							
<u>Fiche action n° 11</u> Qualité	Nombre et importance des axes d'amélioration retenus							
<u>Fiche action n° 12</u> Qualité	Nombre d'actions correctrices entreprises							

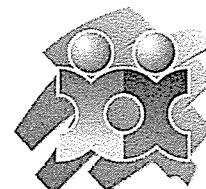
ANNEXE 4 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale

Etablissements / Services	Nb de places au début du CPOM	Variation N	Variation N+1	Variation N+2	Variation N+3	Variation N+4	Nb de places à la fin du CPOM
ITEPA	17						
SAMSAH	15						
Total	32						
Poids des services au regard de l'offre globale							

ANNEXE 5 : BBZ du SAMSAH – Budget social

SAMSAH Croix Marine	BE 2017	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	24 614	24 614	0	0,00%
Charges groupe II	147 469	135 321	-12 148	-8,24%
Charges groupe III	28 489	28 489	0	0,00%
Total classe 6	200 572	188 424	-12 148	
Recettes groupe I	200 572	188 424	-12 148	-6,06%
Recettes groupe II	0		0	
Recettes groupe III	0		0	
Total classe 7	200 572	188 424	-12 148	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...				
Résultat N-2				
Dépenses non reconductibles	12 148	0		
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	200 572	188 424	-12 148	-6,06%
Activité en jours	12	12		
Prix de journée	16 714,32	15 702,01	-1 012,32	-6,06%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	188 424	188 424	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	15 702,01	15 702,01	0,00	0,00%

ANNEXE 6 : Abrégé et synthèse de l'évaluation externe (ITEPA)



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS - *Secteur Personnes Handicapées*

2018-2020

ENTRE

Le Département de la Dordogne

ET

L'association Les Papillons Blancs de Bergerac

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	7
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	7
2) L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire.....	9
3) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	10
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	10
4.1 Les modalités de détermination des prix de journée des établissements et des dotations des services du CPOM relevant de la compétence du Département	10
4.2 Les modalités financières des établissements et services du CPOM	11
4.3 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM :	12
5) modalités communes	12
5.1 Engagements de l'Association Les Papillons Blancs de Bergerac.....	12
5.2 Frais de siège	12
5.3 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	13
TITRE 2 – LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT	14
6) Le suivi et l'évaluation du contrat	14
7) Le traitement des litiges	16
8) La révision du contrat.....	17
9) La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 3 ans	17
LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM	18
ANNEXE 1 : Plan d'Orientation	16
ANNEXE 2 : Fiches action.....	20
ANNEXE 3 : Budgets Base Zéro (BBZ)	50

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu

Entre,

Le Département de la Dordogne,

Représenté par le Président du Conseil Départemental, Monsieur Germinal PEIRO, dénommé ci-après le Département,

D'autre part

L'association Les Papillons Blancs de Bergerac,

Représentée par son Président, Monsieur Francis PAPATANASIOS

Visas et références juridiques :

Vu le code de l'action sociale et des familles et ses articles :

- L 313-11, L.313-12 et L.313-12-2 ;
- R 314-9 à 13, R 314-14 à 19, R 3214-21 à 25, R 314-36 à 39, R 314-44 à 47, R 314-49 à 55, R 314-72 et 73, R 314-79 et 84 ;
- R 314-20 relatif aux plans pluriannuels d'investissements ;
- R 314-39 à R 314-43 ainsi que le nouvel article R 314-43-1, R314-105 à 107, R 314-129 à 143, R 314-210 à 244 ;

- L 314-7 et R314-87 à 314-94, complétés par les articles R 314-94-1 et R314-94-2 relatifs aux frais de siège

Vu l'article 124 de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »), codifié à l'article L.312-8 du code de l'Action sociale et des familles, et le décret d'application n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des ESSMS ont modifié le calendrier des évaluations initialement prévu par la loi du 2 janvier 2002 ;

Vu le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées 2017-2022 approuvé par délibération du Conseil départemental n°17-286 du 17 novembre 2017 ;

Vu l'article 75 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale 2016 ;

Vu la Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 ;

Vu la circulaire N° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu la décision du **18 Décembre 2015** relative à l'autorisation des frais de siège ;

Vu la délibération du Conseil d'Administration en date du / / approuvant la démarche contractuelle ;

Vu le diagnostic partagé et développement des axes stratégiques préalables à la contractualisation validée le 12 juillet 2017 ;

Vu les rapports d'évaluation externe et les courriers subséquents de l'autorité administrative prenant acte des conclusions et des actions prioritaires à mener ;

Vu la délibération n°..... de la Commission Permanente du Conseil départemental en date du 18 décembre 2017 autorisant Monsieur le Président du Conseil départemental à signer le présent contrat pluriannuel ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule :

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le Département et l'Association Papillons Blancs de Bergerac conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagement réciproque tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun.

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre le Département de la Dordogne et l'Association Les Papillons Blancs de Bergerac et repose notamment sur :

- un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement des axes stratégiques, de(s) établissement(s) et/ou de(s) services précités ;
- les obligations respectives de chacun des cocontractants ;
- des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- les modalités de fixation de la tarification ;
- La mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficacité coût/service rendu dans le respect des crédits impartis ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

Liste exhaustive des structures gérées par l'association

nom	adresse	code postal	ville	numéro FINESS	numéro SIRET	code NAF
Siège social	6 av. Paul Painlevé	24100	Bergerac	24 0006403	775 569 825 00182	9499 Z
'ESAT "Les ateliers Brousse-St-Christophe"	ZA La Valade Brousse	24100	Bergerac	24 0011338	775 569 825 00174	8810 C
S.A.J. Brousse-St-Christophe	ZA La Valade Brousse	24100	Bergerac	24 0013128	775 569 825 00257	8810 B
E.A. "les Jardins de Casimir"	ZA La Valade Brousse	24100	Bergerac	24 0011718	775 569 825 00141	8130 Z
SAVS	20 rue Pozzi	24100	Bergerac	24 0013623	775 569 825 00281	8810 B
Foyer La Brunetière	route de la catte	24100	Bergerac	24 0006411	775 569 825 00158	8720 A

Foyer Augieras	8 av. Paul Painlevé	24100	Bergerac	24 0006429	775 569 825 00224	8720 A
FAM PHV	6 rue Galmot	24540	Monpazier	24 0014282	775 569 825 00273	8710C
FAM Les Muscadelles	route de la catte	24100	Bergerac	24 0013904	775 569 825 00232	8710 C
F O G	Domaine de Gammareix	24140	Beleymas	24 0007831	775 569 825 00208	8720 A
F H A R	Domaine de Gammareix	24140	Beleymas	24 0006437	775 569 825 00216	8720 A
ESAT Gammareix TH	Domaine de Gammareix	24140	Beleymas	24 0004077	775 569 825 00075	8810 C
S.A.J Gammareix	Domaine de Gammareix	24140	Beleymas	24 0013128	775 569 825 00190	8810 B
IME ROSETTE	Route de Rosette	24100	Bergerac	24 0000356	775 569 825 00026	8710 B
SESSAD	Rue Claude Bernard	24100	Bergerac	24 0010959	775 569 825 00240	8891 B
Foyer Le PONT	100 route de Rosette	24100	Bergerac	24 0013698	775 569 825 00307	8720 A
SAMSAH TSA	20 rue Pozzi	24100	Bergerac	240016626	en cours	

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire

Extrait du projet associatif 2012-2017

Depuis 1967, l'association Papillons Blancs de Bergerac s'est donnée pour mission de procurer aux personnes handicapées mentales une vie la plus normale possible. Les lois, successivement, ont posé les axes législatifs de son action, mettant en avant les droits fondamentaux des usagers. La personne handicapée est un citoyen à part entière et la mission de l'association est de veiller à ce que cette notion essentielle ne soit pas oubliée.

Le but principal est de favoriser le bien vivre et le bien-être de l'utilisateur.

L'association s'engage à maintenir ses principes fondateurs :

- respecter la dignité et les droits de la personne handicapée
- respecter la place et le rôle de la famille
- respecter la place et le rôle du représentant légal
- respecter la place et le rôle des professionnels
- comprendre, appréhender et anticiper l'évolution du contexte économique et social,

tout en préservant les valeurs fondamentales que sont :

- les valeurs de solidarité, sous toutes ses formes, quel que soit le degré ou la nature du handicap mental, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'association pour essayer de trouver des solutions à toutes les personnes qui n'en ont pas ;
- les valeurs de tolérance, en combattant toute forme d'intolérance et de discrimination pouvant porter atteinte au respect et à la dignité des personnes handicapées mentales ;
- l'engagement, l'implication et la prise de responsabilités effectuées de manière concertée entre tous les responsables de l'association, en rendant compte des décisions prises.

C'est à travers ces valeurs fondamentales que l'association s'est engagée sur les grandes orientations qui feront les Papillons Blancs de demain :

- assurer et pérenniser le positionnement de la personne handicapée en tant qu'**actrice de son projet**, faire émerger et favoriser le droit à la **vie privée**, à la **vie affective** et à la **sexualité** dans le respect des règles de la vie collective,

- déterminer la **notion de parcours de vie** d'un usager au sein de la structure la mieux adaptée,
- faire émerger la notion de **passerelle entre établissements**, au travers de ce parcours de vie institutionnelle qui doit rester global et évolutif,
- réaffirmer la **place de la famille**, un interlocuteur privilégié,
- préciser les **orientations associatives** : « Petite Enfance », « Autisme », « Insertion Socio-professionnelle », « Vieillesse ».

Sur la base de ces valeurs morales, de ces orientations et pour remplir ses missions, l'association s'est construite autour de 4 complexes ou sites :

- le complexe secteur enfants (IME Rosette, SESSAD, Le Pont)
- le site de Gammareix (ESAT et SAJ Gammareix, FOG, FHAR)
- le complexe secteur travail protégé de Bergerac (ESAT et SAJ Brousse / St Christophe, EA les jardins de Casimir)
- le complexe secteur hébergement adultes de Bergerac (FH Augiéras, FH Brunetière, SAVS, SAMSAH TSA, FAM Muscadelles, FAM PHV)
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM

N° FINESS	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Capacités autorisées au 30/09/2017
240013623	SAVS	26 externat
240016626	SAMSAH TSA	9 externat
240006411	Foyer Brunetière	45 Internat
240006429	Foyer Augieras	32 Internat
240013904	Foyer d'Accueil Médicalisé Les Muscadelles	44 Internat 10 Semi internat
240014282	Foyer Expérimental Médicalisé pour Personnes handicapées Vieillissantes	45 Internat
240013128	SAJ Gammareix	8 externat

N° FINESS	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Capacités autorisées au 30/09/2017
240015933	SAJ Brousse Saint Christophe	8 externat
240007831	FOG	8 semi-internat 27 internat
240006437	FHAR	23 internat
240013698	Foyer Expérimental Le Pont	11 Internat

- Partenariat(s) existant(s) et formalisé(s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services
- Les organismes qui nous représentent, qui peuvent défendre nos intérêts, qui sont les vecteurs indispensables pour que nos actions soient reconnues/entendues, tels que la FEGAPEI, UNAPEI, URAPEI, UDAPEI.
- Les partenaires professionnels, qui complètent notre mission ou qui permettent de la développer, ce sont :
 - o la MDPH, l'éducation nationale, ANDICAT.
 - o les établissements de santé, les SSIAD, HAD.
 - o les collectivités territoriales, locales
 - o les centres de loisirs/sportifs/sociaux/culturels, l'ABSA.
 - o les organismes de formation, CEF, GRH24, GEIQ DMS24.
 - o les acteurs autour de l'emploi, Pole Emploi, Cap Emploi, Mission Locale.
 - o les partenaires commerciaux des ESAT
 - Les acteurs du secteur médico-social ou social, en local, national ou européen, ce sont par exemple les autres associations avec qui nous échangeons des pratiques ou avec qui nous partageons des actions.

2) L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES CPOM SIGNES PAR LE GESTIONNAIRE

L'Association Les Papillons Blancs de Bergerac a déjà signé un CPOM avec l'ARS Nouvelle Aquitaine pour la période de 2016/2020. **Il est décidé de conserver les CPOM distincts.** Chaque CPOM poursuit ses effets juridiques indépendamment des autres CPOM de l'organisme gestionnaire. Une articulation entre les différents CPOM doit toutefois être opérée afin de permettre aux autorités de tarification d'avoir une vision globale sur les ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire. Au terme des dits CPOM, il est envisagé la conclusion d'un contrat tripartite selon les dispositions alors en vigueur.

3) OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 4 axes :

- *Qualité de l'accompagnement dans une logique de parcours ;*
- *Rechercher l'efficacité de la gestion ;*
- *Contribuer à la démarche Réponse Accompagnée pour tous ;*
- *Adaptation des moyens.*

Un tableau détaille ces orientations en pièce jointe du présent document.

4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

Les établissements et services faisant l'objet d'un CPOM doivent présenter un EPRD (état des prévisions de recettes et de dépenses) dans les conditions prévues à l'article L313-12-2 du CASF. L'EPRD s'applique à compter de l'année suivant la signature du CPOM.

4.1 Les modalités de détermination des prix de journée des établissements et des dotations des services du CPOM relevant de la compétence du Département

Le financement des établissements et services de l'association Les Papillons Blancs de Bergerac est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12-2, R.314-39 à R.314-43-1 et R314-236 du CASF. Le contrat ne peut déroger aux règles d'établissement et de transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et d'un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

- Modalités de fixation annuelle de la tarification :

Le contrat fixe par groupes fonctionnels les budgets base zéro (BBZ) des établissements et services de l'association. Il prévoit également pour sa durée les modalités de fixation annuelle de la tarification.

En l'occurrence, il est convenu d'appliquer aux BBZ annexés une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation :

Tarif N+1 =

Base reconductible des tarifs (BBZ la première année)

– dépenses rejetées CA N-1 ou N-2

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

– reprise éventuelle du résultat N-1 ou N-2
conformément aux dispositions du présent contrat

/ activité prévisionnelle

- Détermination de l'activité prévisionnelle retenue :

La ou les activités prévisionnelles retenues aux BBZ seront en principe maintenues sur la durée du CPOM néanmoins elles pourront évoluer au regard des activités réellement réalisées en N-1 si celles-ci évoluent de +/- 5% par rapport aux BBZ.

4.2 Les modalités financières des établissements et services du CPOM

- Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) approuvé le 21/09/16 par courrier référencé PPH/SE/VG/./2016/n°0496 concernant le FAM Les Muscadelles, est intégré au présent contrat et joint en annexe.
- Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) approuvé le 28/07/15 par courrier référencé PPH/SE/VG/./2015/n°0553 concernant le FHAR, est intégré au présent contrat et joint en annexe.
- Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) approuvé le 26/02/14 par courrier référencé PPH/SE/SB/2014/n°0127 concernant le foyer Augieras est intégré au présent contrat et joint en annexe.
- Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) approuvé le 12/03/14 par courrier référencé PPH/SE/SB/2014/n°0162 concernant le Foyer La Brunetière, est intégré au présent contrat et joint en annexe.

Toute révision importante du PPI, de son plan de financement ou des emprunts, lorsque ces modifications sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges de la section d'exploitation, font l'objet d'une approbation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ou du Département, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R314-20 du CASF.

Dès lors que le gestionnaire déposera un nouveau PPI, il fera l'objet d'une approbation et sera annexé au CPOM par voie d'avenant.

4.3 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM :

Conformément aux dispositions de l'article L. 313-14-1 du CASF, lorsqu'un déséquilibre financier significatif persistant ou des dysfonctionnements dans la gestion des ESMS gérés par un organisme gestionnaire privé non lucratif, sont constatés, l'autorité de tarification compétente adresse une injonction d'y remédier dans un délai qu'elle fixe. Les modalités de retour à l'équilibre font obligatoirement l'objet d'un avenant au CPOM.

5) MODALITES COMMUNES

5.1 Engagements de l'Association Les Papillons Blancs de Bergerac

La gestion des produits financiers issus de la gestion centralisée de trésorerie des établissements et services du CPOM est réalisée conformément à l'article R314-95 du CASF.

Le gestionnaire s'engage à:

- respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).
- Contribuer à la construction des parcours de vie sur le territoire avec des partenariats formalisés avec les institutions et professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, du service public de l'emploi, des bailleurs sociaux ;
- Motiver les refus d'admission à l'issue d'une décision d'orientation de la CDAPH prise dans le cadre d'un PAG ;
- Utiliser le futur système d'information suivi des orientations qui doit permettre de mieux suivre les orientations prononcées par la CDAPH ;
- Se positionner en tant que coordonnateur de parcours dans le cadre d'un PAG ;
- Optimiser l'activité prévisionnelle au regard des réalisations passées (à capacité comparable).

5.2 Frais de siège

L'article R314-7 du CASF précise qu'en application des articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2, l'autorisation de frais de siège social est effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire

Le financement des frais de siège, quand il fait l'objet d'une autorisation, est inclus dans le calcul des dotations globalisées définies à l'article 5 du contrat. La révision de son montant, à périmètre contractuel constant, ne donne pas lieu à abondement supplémentaire de la DGC précitée.

L'autorisation d'incorporation des frais de siège social dans les budgets des établissements et services gérés par l'association porte sur la période 2016/2020.

L'intégration, d'un ou plusieurs établissements dans le périmètre de cette autorisation est possible par voie d'avenant qui sera ou seront intégré(s) au fur et à mesure de leur(s) installation(s) effective(s), validée(s) par l'Autorité de tarification lors de la visite de conformité.

Le montant de la quote-part de ce nouvel ESMS est calculée sur la base du budget approuvé N, versé au prorata temporis de la date d'ouverture, et du taux de participation fixé dans la présente autorisation fixée à 4.81%.

Une demande de renouvellement de l'autorisation de frais de siège sera déposée par l'association au titre de la période 2021/2025.

5.3 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

S'agissant des résultats, le principe retenu est celui de la non reprise des résultats par la ou les autorités de tarification.

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs et conformément aux règles d'affectation définies aux articles R 314-232 à 237.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service.

L'article R. 314-235 permet cependant, pour les établissements privés, une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

L'ARS et le Département conservent la possibilité de réformer le résultat (article R.314-236 du code de l'action sociale et des familles) si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat.

Ainsi, il est convenu que les résultats excédentaires seront affectés au regard des trois volets suivants :

➤ Volet investissement :

- Affectation à la réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié au PPI validé dans le cadre de la négociation du contrat,
- Affectation à la réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI

➤ Volet Ressources humaines

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM (indemnités de départ à la retraite...)

➤ Volet Qualité

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM (ex : financement de formations...)

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

- Clause particulière relative à l'affectation des résultats 2016 et 2017

Le montant des résultats 2016 cumulés a été arrêté par mes services à hauteur de 131.697,48 €.

Ces résultats seront laissés à disposition du gestionnaire sauf celui du foyer le Pont à hauteur de 51.158,01 € qui sera repris en atténuation de la tarification 2018. Le résultat excédentaire 2016 du foyer La Brunetière viendra quant à lui en compensation du déficit 2015 restant à étaler.

Pour l'exercice 2017, il est convenu de laisser à l'association les résultats nets 2017 (excédents – déficits) dans la limite de 48.000 €, mais sous réserve que ce besoin de financement soit confirmé à l'occasion de l'étude des comptes administratifs 2017.

TITRE 2 - LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT

6) LE SUIVI ET L'EVALUATION DU CONTRAT

Cet article doit comprendre une description précise des modalités retenues par les parties pour le suivi de l'exécution du contrat : composition du comité de suivi, documents transmis en cours de contrat, modalités de réunion du comité.

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition figure dans le contrat et précise la qualité des représentants de chaque entité :

Il est créé un comité de suivi du présent contrat, composé de la façon suivante :

- des représentants du Conseil départemental, direction générale adjointe de la solidarité et de la prévention (DGA-SP) ;
- Le Président de l'Association et/ ou un administrateur de l'Association des Papillons Blancs de Bergerac
- Le Directeur Général de l'Association Les Papillons Blancs de Bergerac

Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

- Documents à produire :

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et financiers, revue des objectifs (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc.

A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.

L'Association Les Papillons Blancs de Bergerac transmettra au 30/04 de chaque année une synthèse de la réalisation des objectifs et des engagements fixés par le contrat sur l'année N-

1 (non applicable sur la 1^{ère} année de signature d'un CPOM) au regard notamment des indicateurs fixés.

- Sur la base de ces documents, et en complément des tableaux de bord et indicateurs de performance, une analyse sera effectuée à mi-parcours ou avant le 31 décembre si besoin, par le comité de suivi, notamment sur les écarts entre les objectifs fixés et le degré de réalisation et sur les motifs de ces écarts.
- Une concertation sera engagée entre les parties afin de procéder, le cas échéant, à des ajustements.

Par ailleurs, l'Association Les Papillons Blancs de Bergerac transmettra au Conseil départemental précité pour les structures intéressées les documents suivants :

- ❖ Concernant l'année budgétaire N de signature du CPOM (hors EPRD) :
 - au 31/10/2017 : une annexe activité
 - au 30/04/2018 : un compte administratif relatif à l'année budgétaire, conforme aux articles R314-59 et 60 du CASF
 - L'article R314-39-1 du CASF indique que les budgets de commercialisation et de production des ESAT sont retracés au CPOM. L'association transmettra dans ce cadre le CA de l'exercice N de l'ESAT
- ❖ A compter de l'année 2018 de signature (entrée sous EPRD) et sur la durée du CPOM :
 - au 31 janvier de chaque année : mise à jour de l'activité prévisionnelle « CRETON » par l'envoi de l'annexe activité- Annexe 4 C « annexe prévisionnelle des plus de 20 ans au titre de l'article L242-4 du CASF permettant de déterminer le montant prévisionnel du tarif à la charge des conseils départementaux.
 - le gestionnaire dispose, chaque année, de 30 jours après la notification de la ressource par l'autorité de tarification (le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune des deux autorités) pour transmettre :
 - ↳ un EPRD conforme à l'article R 314-213 du CASF :
 - des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
 - au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.
 - Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219)

- ❖ A compter de l'année 2019 de signature et sur la durée du CPOM (entrée en EPRD)

L'association dépose au plus tard le 30 avril de chaque année:

- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF

- Les dialogues de gestion

En lieu et place de la procédure budgétaire contradictoire, un dialogue de gestion permettra de s'assurer de l'atteinte des objectifs contractualisés qui s'appuieront notamment sur le tableau de bord et les indicateurs de la performance et qui feront l'objet d'une annexe.

Un dialogue de gestion budgétaire pourra être envisagé annuellement, mais pas de façon systématique, et sous forme allégée.

Le comité de suivi se réunit à minima à deux reprises au cours du contrat :

- au cours de la seconde année, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires ; Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.
- au cours de la troisième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.
- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

7) LE TRAITEMENT DES LITIGES

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'accord amiable, le différend pourra être porté devant la juridiction compétente, id est le Tribunal administratif de Bordeaux..

8) LA REVISION DU CONTRAT

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DU CPOM ET LA DUREE DU CPOM DE 3 ANS

Le présent contrat prend effet au 1^{er} janvier 2018 pour une durée de trois ans.

Fait le :

Le Président du Conseil Départemental de
la Dordogne

Le Président de l'Association Les Papillons
Blancs de Bergerac

Germinal PEIRO

Francis PAPATANASIOS

LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires comme le corps du contrat.

- ANNEXE 1 : Plan d'Orientation
- ANNEXE 2 : Fiches action
- ANNEXE 3 : Budgets Base Zéro (BBZ)

ANNEXE 1 : Plan d'Orientation

CPOM CONSEIL DEPARTEMENTAL 2018-2020			
plan des orientations stratégiques, des objectifs et des actions			
Orientation	1	Qualité de l'accompagnement dans une logique de parcours	
Objectif	1-1	Adapter l'offre des foyers et services d'hébergement	
	1-1-1	évolution globale de l'offre d'hébergement	
	1-1-2	FAM PHV Prendre en compte la grande dépendance	
	1-1-3	LE PONT mise en accueil familial temporaire	
Objectif	1-2	décloisonner les établissements et services en interne	
	1-2-1	Commission de parcours	
Orientation	2	Rechercher l'efficience de gestion	
Objectif	2-1	Mutualisation	
	2-1-1	regroupement des lingeeries pour les hébergements	
Objectif	2-2	Conforter/ renforcer la démarche qualité	
	2-2-1	Dossier de l'utilisateur	
Objectif	3	Contribuer à la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous	
Objectif	3-1	S'inscrire dans le dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous	
	3-1-1	Participation à la mise en place des PAG et aux GOS,	
Objectif	3-2	Adaptation de l'offre aux besoins et au territoire,	
	3-2-1	Accompagnement des familles	
	3-2-2	LE PONT agrandissement des locaux et augmentation de la capacité	
Orientation	4	Adaptation des moyens	
Objectif	4-1	Améliorer les conditions d'accueil et de travail	
	4-1-1	agrandissement et réhabilitation du local cuisine sur le site de la Brunetiere	
	4-1-2	agrandissement et réhabilitation du local maintenance sur le site de la Brunetiere	
	4-1-3	FHAR Aménager une chambre de veille et un accueil du public	
	4-1-4	FOG restructuration des locaux	
	4-1-5	SAJ BSC Déplacement sur le site de Brousse	
	4-1-6	FAM réhabilitation immobilière	

ANNEXE 2 : Fiches action

FICHES ACTIONS n° 1-1-1

Evolution globale de l'offre d'hébergement

Orientation stratégique n°1 : Qualité d'accompagnement dans une logique de parcours

-	<u>Objectif transversal</u>
-	Adapter l'offre des foyers et services hébergements
-	<u>Objectifs spécifiques</u>
✓	Répondre pour partie au « Zéro sans solution »
✓	Assurer la pérennité des hébergements traditionnels par la mise en œuvre de places dédiés à de l'occupationnel ou à des personnes vieillissantes
✓	S'adapter aux nouvelles demandes d'un nouveau public plus autonome
-	
-	<u>Constats</u>
⇒	L'évolution des capacités d'intégration des personnes accueillies en Foyer d'hébergement traditionnel et de leur autonomie nous amène à penser qu'une évolution des prises en charges est à envisager.
⇒	Ces nouvelles capacités mais aussi ce désir de vivre « comme tout le monde » nous amène à reconsidérer nos accompagnements et à nous adapter à ces nouvelles demandes en proposant des offres de services sur le plan de l'habitat qui puisse répondre à ces nouveaux besoins tout en sécurisant leur parcours de vie.
⇒	Si des structures d'hébergement traditionnel de type foyer doivent être maintenus pour certains usagers, compte tenu de leur handicap, il nous faut aussi nous tourner vers de l'habitat partagé ou inclusif pour d'autres.
⇒	Manque de places en foyer occupationnel.
⇒	Ce nouvel enjeu, si nous y répondons de manière raisonnée et construite, peut à la fois satisfaire ces nouveaux publics mais aussi permettre à des usagers plus dépendants relevant de foyer occupationnel ou en attente de placement vers un foyer d'accueil médicalisé pour personne vieillissante de ne pas voir leur prise en charge suspendue ou sans solution.

-	<u>Plan d'actions, assorti des échéances</u>
SUR LE PLAN INTERNE	
⇒	REAJUSTEMENT DU PROJET LOGEMENT PARTAGE (Pré joli) - second semestre 2017 • Affiner et réajuster le projet initial en fonction des constats et besoins repérés. • Réajuster les différents outils existants (convention de mise à disposition, procédure, outils d'organisation, outils d'évaluation). • Créer un outil facilitant la communication entre les différents professionnels pour les échanges sur les situations.
⇒	CREATION D'UNE UNITE POUR LES PERSONNES LES PLUS AUTONOMES AU SEIN DES FOYERS • Mise en œuvre d'une politique d'habitat partagé - 2018/2019. • Réorientation et redéploiement du public concerné par ce nouveau projet dans les lieux définis. • Mise en totale autonomie des 4 studios situés à la Brunetière. • Développer le potentiel des usagers en matière d'autonomie. • Préparer le passage au logement autonome en évaluant les capacités des usagers.
⇒	TRANSFORMATION DE PLACES DE FOYER ESAT EN FOYER OCCUPATIONNEL ET EN STRUCTURE D'ATTENTE POUR PHV • Reconversion de 8 à 10 places de Foyer ESAT en 4 ou 5 places dédiées aux personnes vieillissantes en attente de places et aux personnes possédant une orientation Foyer Occupationnel. <i>En amont, un diagnostic précis devra être réalisé afin d'avoir un état des lieux concernant les attentes des usagers des différents établissements et service ainsi que l'identification des besoins dans les projets personnalisés.</i>
SUR LE PLAN EXTERNE	
⇒	MISE EN ŒUVRE DE BAIL GLISSANT ET D'HABITATS PARTAGES (hors Pré joli) - 2018/2019 • Outil d'insertion. • Permettre aux personnes accompagnées de se responsabiliser et devenir autonomes par le biais du logement. Première Phase : 1^{er} semestre 2018 • Communication du projet aux différents bailleurs. • Mise en place d'un annuaire de bailleurs susceptibles d'être des partenaires. • Mise en place d'une phase d'évaluation au SAVS /FOYER pour les usagers candidats. • Elaboration d'un diagnostic social (identification des obstacles à l'accès au logement avec les usagers concernés et définition du projet d'accompagnement social). Seconde phase : 2^{ème} semestre 2018

- Définition d'un budget avec l'usager et son mandataire judiciaire à la protection des majeurs s'il y a, pour connaître les disponibilités financières pour la location ou la sous-location et les différents critères attendus du logement.
- Préparation et signature du contrat de location entre le bailleur et le locataire principal et mise en place d'un contrat entre l'usager (et son mandataire judiciaire à la protection des majeurs s'il y a) et le bailleur pour ce qui concerne l'habitat partagé.
- Dans le cas du bail glissant, signature d'une convention tripartite entre le bailleur, l'association et le sous locataire et son mandataire judiciaire à la protection des majeurs s'il y a, précisant le rôle de chacun des acteurs.
- Mise en place de la location ou sous-location avec une durée définie au préalable pour ce qui concerne seulement le bail glissant.

Troisième phase : 1^{er} trimestre 2019

- Si atteinte des objectifs définis dans le projet initial de l'usager : glissement du bail au nom de l'usager dans le cadre du bail glissant.
- Travail de relation avec le voisinage et médiation avec le ou les propriétaires.

- Moyens de mise en œuvre

REAJUSTEMENT DU PROJET LOGEMENT PARTAGE

⇒ Organisationnels et humains

- Nommer un ou plusieurs référents du projet sur chaque établissement et service.
- Mise en place de groupe de travail pour affiner l'organisation et les outils.
- Aménagement des emplois du temps pour une mise à disposition des professionnels pour les accompagnements.

CREATION D'UNE UNITE POUR LES PERSONNES LES PLUS AUTONOMES AU SEIN DU FOYER

⇒ Organisationnels et humains

- Réorientation et redéploiement du public concerné par ce projet dans les lieux définis.
- Demande de réorientation auprès de la MDPH pour les usagers relevant du SAVS.
- Réhabilitation des locaux.
- Investissement dans du matériel.
- Mise en totale autonomie des quatre studios.
- Définir un règlement de fonctionnement spécifique à ce projet.

TRANSFORMATION DE PLACES DE FOYER ESAT EN FOYER OCCUPATIONNEL ET EN STRUCTURE D'ATTENTE POUR PHV

⇒ Organisationnels et humains

- Aménagement des emplois du temps pour une mise à disposition des professionnels pour les accompagnements.
- Ecriture du projet de service.

MISE EN ŒUVRE DE BAIL GLISSANT ET D'HABITATS PARTAGES

⇒ Organisationnels et humains

- Nommer un professionnel référent de projet.
- Mettre à disposition du temps disponible pour le professionnel afin de faire les démarches auprès des bailleurs (réajustement de l'organisation de travail).
- Organiser la coopération et les synergies entre les différents acteurs.
- Instaurer un dialogue entre le sous locataire et le bailleur.

- <u>Ressources dégagées nécessaires</u> REAJUSTEMENT DU PROJET LOGEMENT PARTAGE Sera effectué à moyen constant. CREATION D'UNE UNITE POUR LES PERSONNES LES PLUS AUTONOMES AU SEIN DU FOYER Sera effectué à moyen constant. TRANSFORMATION DE PLACES DE FOYER ESAT EN FOYER OCCUPATIONNEL ET EN STRUCTURE D'ATTENTE POUR PHV ⇒ Dépôt du PPI et d'une demande budgétaire pour la reconnaissance d'un public spécifique et relevant d'une unité occupationnelle – sous réserve de l'approbation du PPI.
- <u>Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental</u> CREATION D'UNE UNITE POUR LES PERSONNES LES PLUS AUTONOMES AU SEIN DU FOYER ⇒ A moyen constant dans le cadre de la dotation aux amortissements. TRANSFORMATION DE PLACES DE FOYER ESAT EN FOYER OCCUPATIONNEL ET EN STRUCTURE D'ATTENTE POUR PHV ⇒ Ne pourra être établie qu'après écriture du projet – 2018/ 1^{er} semestre 2019 MISE EN ŒUVRE DE BAIL GLISSANT ET D'HABITATS PARTAGES ⇒ Identification d'un budget permettant la location d'un appartement (prix moyen du loyer sur le Bergeracois pour un logement de type 2 en centre-ville : 375 €) sur 6 mois (2250 €).
<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> ⇒ Enquête de satisfaction usagers / tuteurs / familles / bailleur ⇒ Indicateur de performance sur le plan économique et financier (ANAP ...) ⇒ Nombre de conventions de mise à disposition signées ⇒ Nombre et type d'accompagnements effectués selon les besoins. ⇒ Nombre d'usagers réorientés en SAVS ⇒ Nombres d'usagers bénéficiant d'un habitat partagé ou individuel ⇒ Nombre d'usagers relevant d'un FO admis au sein des foyers traditionnels ⇒ Nombres d'usagers pris en compte au sein des hébergements en attente d'orientation vers un établissement pour personnes handicapées vieillissantes
- <u>Perspectives d'améliorations</u>

FICHES ACTIONS n°1-1-2

Prendre en compte la grande dépendance au FAM PHV

Orientation stratégique n°1 : Qualité d'accompagnement dans une logique de parcours

- Objectif transversal

Adapter l'offre des foyers et services hébergements

- Objectifs spécifiques

- ✓ Assurer aux personnes accueillies de pouvoir terminer leur vie à leur domicile
- ✓ Garantir l'un des objectifs posés par le projet d'établissement du FAMPHV, qui consiste à assurer à la fois les accompagnements individuels et les animations collectives, notamment lorsque la dépendance des résidents augmentera et leur permettre de décéder dignement à leur domicile

- Constats

Bien que la structure ait été créée pour accueillir un public vieillissant mais possédant un minimum d'autonomie, il paraît nécessaire « voire obligatoire » de rechercher le maintien des personnes sur la structure et ce jusqu'en fin de vie.

En effet, pour la plupart des résidents, le FAM PHV est devenue leur demeure et ayant passé toute leur vie en institution spécialisée il paraît difficile d'envisager des réorientations vers des structures de type EHPAD ayant peu ou pas de connaissance sur le handicap mental.

Par ailleurs sur les 45 résidents accueillis, 36 personnes sont issues des Papillons Blancs de Bergerac et ont passé entre 25 et 35 ans au sein de cette association. Nous devons donc pouvoir leur offrir un accompagnement au sein de la structure et de l'association sauf si des raisons médicales (maladie ALZHEIMER – maladie nécessitant des appareillages spécifiques.....) imposent une réorientation vers des unités de soins spécialisées.

Le ratio d'encadrement actuel (3 AMP + 11 Aides-Soignants) ne permettra pas d'assurer l'animation du lieu de vie, de façon collective, notamment en utilisant les compétences spécifiques des AMP et de garantir les accompagnements de soins, individuels (par les aides-soignants) liés à la dépendance accrue des résidents pour leur quotidien (toilette, repas, déplacements...).

Les résidents prennent leur repas en salle à manger, collectivement, et n'ont pas besoin pour le moment, de texture d'aliments particuliers. Avec l'augmentation de l'âge, on peut envisager que cela évoluera avec des prises de repas en chambres, des aliments avec des textures différentes, des risques de « fausse-route »...

Idem pour les accompagnements à la toilette, qui sont, actuellement, essentiellement synonymes de stimulation, surveillance... puisqu'il s'agit de favoriser le maintien des acquis et de l'autonomie des personnes. Toutefois, le degré de dépendance augmentant, on peut estimer que l'aide quotidienne à apporter s'accroisse, tant en temps passé qu'en gestes techniques à prodiguer ainsi qu'en nombre de résidents ayant besoin de ce type d'aide.

La pluridisciplinarité de l'équipe et l'équilibre entre « l'éducatif » et « le soin » est un élément également fondamental quant à la qualité de l'accompagnement spécifique dont doivent bénéficier les personnes porteuses d'un handicap mental, vieillissantes (stimulation, communication adaptée, observations et analyses accrues des comportements, diversification des supports d'activités pour respecter les projets personnalisés, ouverture vers l'extérieur...).

Des analyses de pratiques sont aujourd'hui assurées par une psychologue (salariée du famphv), et favorise la mise en place d'un climat non propice aux gestes de maltraitance et de malveillance envers les résidents. Ceux-ci sont en capacité actuellement, dans la grande majorité, d'exprimer et de montrer d'éventuelles difficultés avec des membres de l'équipe, des proches, ... pourtant, les modes d'expression, avec l'avancée en âge, peuvent se complexifier voire tendre à disparaître.

- <u>Plan d'actions, assorti des échéances</u> La structure n'étant ouverte pour la totalité de son agrément que depuis le dernier trimestre 2015 et compte tenu de nos observations concernant le vieillissement mais aussi l'aggravation des handicaps, il semble que cette nouvelle prise en charge pourrait intervenir à partir du 1 janvier 2018 avec une montée en puissance jusqu'en 2020 En effet, les mobilisations actuelles ainsi que l'âge moyen des usagers (entre 55 et 60 ans) devraient permettre de maintenir les personnes dans une autonomie relative sauf exception. De ce fait cette modification de prise en charge pourrait n'intervenir que d'ici 4 ans. Il s'agirait donc de faire évoluer la composition de l'équipe tant en terme de nombre qu'en compétences afin de s'adapter à des besoins ponctuels et constants. • Création de 1 poste supplémentaire d'assistants éducatifs et sociaux afin de poursuivre l'animation collective du FAMPHV et garantir son appellation de « lieu de vie » au 1/01/2019 • La création de 0.5 ETP pour un poste d'agent de service intérieur pour la préparation de repas adaptés (texture) et pour maintenir des bonnes conditions d'hygiène (locaux collectifs, privés, linge...) malgré l'augmentation de la dépendance au 1/1/2020 • La création d'une ligne budgétaire à destination des temps d'analyses de pratique par un professionnel extérieur à l'équipe (vacataire) afin de favoriser un accompagnement basé sur la bientraitance et l'humanité en apportant un regard extérieur et plus neutre auprès de l'équipe. Cette neutralité serait un gage supplémentaire pour faciliter l'expression de difficultés rencontrées, de relations parfois complexes avec des résidents... Cette ouverture budgétaire pourrait se mettre en œuvre au 1/1/2020
- <u>Moyens de mise en œuvre</u> • <u>Organisationnels et humains</u> En fonction de l'évolution du tableau d'effectif, modification et /ou réajustement des plannings afin de répondre au mieux aux exigences de la grande dépendance • <u>En matière de coopération</u> Développement de notre partenariat avec le SSIAD de Monpazier afin d'aider à la sensibilisation des auxiliaire de vie à la prise en charge de nos usagers
- <u>Ressources dégagées nécessaires</u> • Utilisation d'une partie du PAUF pour ce qui concerne les formations avec inclusion du temps de CPA
- <u>Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental.</u> A moyens constants jusqu'au prochain CPOM
- <u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> • Enquête de satisfaction sur la qualité de la prise en charge auprès des usagers / familles /représentants légaux • Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement spécifique • Nombre de personnes ayant bénéficié de la convention SIAD • Durée moyenne des temps de prises en charge des personnes vieillissantes par la structure

FICHE ACTION n°1-1-3
Accueil familial temporaire – le Pont

Orientation stratégique n°1 : Qualité d'accompagnement dans une logique de parcours

- **Objectif transversal**

adapter l'offre des foyers et services hébergements

- **Objectifs spécifiques**

✓

- **Constats**

La majorité des jeunes accueillis au Pont bénéficient peu voir pas du tout de retour dans leur famille .Ils partagent leur quotidien et évoluent en permanence en collectivité. Leurs vacances sont organisées par l'établissement au travers de séjours adaptés ou de camps.

De ce fait, ils vivent en quasi permanence sur leur lieu de vie et auraient besoin de temps à l'extérieur pour rompre avec leur environnement habituel.

La possibilité de proposer des temps d'accueil familial temporaires pourrait répondre à ce besoin.

- **Plan d'actions, assorti des échéances**

- 1er semestre 2018 : modification de l'autorisation de l'établissement avec mention de l'accueil familial temporaire
- Eté 2018 mise en place des premiers accueils

- **Moyens de mise en œuvre**

- Contrats de travail en CDD ou avenant pour AF travaillant déjà aux Papillons Blancs
- avec des AF habitant le Bergerac
- Suivi et rencontre régulière de la famille
- Participation au PP des jeunes concernés

- **Ressources dégagées nécessaires**

- Redéploiement de crédits des groupes I et II pour financer salaires et charges des AF
- Financement à prévoir sur le budget du Pont

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental

✓

- **Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre d'accueil réalisés
- Nombre de jeunes concernés
- Nombre d'accueils positifs
- Satisfaction des jeunes (groupes d'expression)

- **Perspectives d'améliorations**

FICHE ACTION n°1-2-1

Commission de parcours

Orientation stratégique n°1 : Qualité d'accompagnement dans une logique de parcours

- **Objectif transversal**

Décloisonner les établissements et services en interne

- **Objectifs spécifiques**

- ✓ Offrir aux personnes handicapées la bonne prise en charge au bon moment
- ✓ Faciliter les prises en charge modulaires
- ✓ Rendre les sorties et retours inter-établissements possibles

- **Constats**

Des personnes accueillies dans les établissements et service n'y trouvent plus l'accompagnement qui réponds à leurs besoins, soit parce qu'ils ont atteint l'âge limite, soit parce que leurs besoins se sont modifiés.

Dans ce contexte, travailler ensemble, unir les compétences, les ressources et les efforts, mutualiser les moyens, produire de la synergie est devenu une nécessité pour assurer un accompagnement de qualité de la personne handicapée. Au sein même de l'association, les échanges se font entre structures, mais il n'existe pas une vision globale de l'information.

Quelques usagers bénéficient de prise en charges multiples et originales, mais ce fonctionnement reste anecdotique et fonctionne sous forme « d'arrangements ». Ainsi l'association a souhaité engager un changement des pratiques collectives permettant la mobilisation de l'ensemble des solutions possibles.

- **Plan d'actions, assorti des échéances**

- Mise en place de la gestion des admissions sur le logiciel Imago-DU (opérationnel).
- Mise en place d'une commission de parcours associative (3 fois par an).

- **Moyens de mise en œuvre**

- **Organisationnels et humains**

Les secrétaires et les chefs de services enregistrent toutes les demandes d'admission, avec le suivi, dans le logiciel.

La commission de parcours réunit 3 fois par an, tous les directeurs, tous les chefs de service, toutes les assistantes de service social, le médecin psychiatre du secteur adultes, le directeur général adjoint, la responsable qualité, et la secrétaire de direction du siège.

- **Le cas échéant, en matière de coopération**

La commission de parcours devra mettre en place des actions de coopération globale avec des établissements et service extérieurs à l'association.

- **Ressources dégagées nécessaires**

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental.

Les prise en charge multiples posent des problèmes de financement, notamment quand il s'agit de mélanger du sanitaire et du médico-social, où les tarifs et les autorisations sont gérés différemment.

La prise en charge adaptée des usagers nécessite la possibilité de bénéficier d'orientations multiple. Par exemple, un hébergement à temps plein en foyer occupationnel, deux jours de travail en Esat, deux demi-journées à la section d'accueil de jour de l'Esat, un jour à l'hôpital de jour, le reste du temps au foyer occupationnel. Actuellement, ces prises en charge modulaires posent de gros problèmes de financement, et restent à la marge sous forme « d'arrangements ».

- **Indicateurs de suivi et d'évaluation**

Indicateurs de mobilité interne et externe des usagers

Nombre de conventions conclues...

- **Perspectives d'améliorations**

FICHE ACTION n°2-1-1 Regroupement des lingeries pour les hébergements	
Orientation stratégique n°2 : rechercher l'efficience de gestion	
-	<u>Objectif transversal</u> Mutualisation des moyens
-	<u>Objectifs spécifiques</u> ✓ Améliorer les conditions de travail des professionnels des structures ✓ Assurer une prestation lingerie sécurisée du point de vue hygiène ✓ Assurer une mise en conformité avec la réglementation RABC ✓ Renforcer de façon pragmatique notre démarche qualité au service des usagers accueillis en foyer d'hébergement.
-	<u>Constats</u> La nécessité d'agrandissement et de réhabilitation du local lingerie du foyer de la Brunetière selon les éléments figurant à la fiche 5-5-2 concernant l'augmentation des quantités de linge à traiter et le respect des normes qui s'imposent. La lingerie du FHAR qui est obsolète et n'est plus en mesure d'absorber la demande en terme de volume de linge à traiter et ne répond pas à la réglementation RABC cf fiche 5-6-9. La nécessité pour le FOG de restructurer ses locaux afin de permettre d'individualiser l'accueil des usagers, par la réhabilitation de pièces en chambre et salle de bain nécessitant un transfert de la lingerie, pour utiliser ces espaces se situant dans les lieux de sommeil cf fiche 5-5-1 Le respect de la réglementation RABC, les diverses problématiques posées par les locaux actuels et la prestation de lingerie à offrir à nos usagers, nécessite de développer un projet de mutualisation de cette dernière, ceci dans le cadre d'une économie d'échelle possible et de l'amélioration du service lingerie pour les hébergements.
-	<u>Plan d'actions, assorti des échéances</u> En amont de la mise en place de cette nouvelle fonction lingerie nous devons : • Définir un lieu centralisé qui soit le plus approprié pour assurer l'ensemble de cette prestation pour les foyers. • Etudier la logistique spécifique à ce type de prestation afin d'assurer un service rationnel et performant. • 2017 Conception du projet par le cabinet d'architecte. • 2017 Dépôt du PPI • 2017 Dépôt du permis de construire, concomitamment avec celui de la réhabilitation du FOG • 2018 Démarrage des travaux
-	<u>Moyens de mise en œuvre</u> - <u>Organisationnels et humains</u> Préparation du projet avec les équipes du FHAR, du FOG et des foyers de Bergerac. Coordination avec les équipes du siège pour le PPI et le suivi du dossier architectural.
-	<u>Ressources dégagées nécessaires</u> Elaboration du PPI selon l'investissement prévu au FOG Intégration du prévisionnel proposé par le foyer de la Brunetière.

Le coût prévisionnel et l'étude affinée seront transmise dans le cadre du PPI y afférent.

- **Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de Conseil Départemental**

Mise en place d'une mutualisation des intervenants en lingerie ne devant pas amoindrir les diverses prestations offertes sur les sites.

Mise en place de moyens de transport et de distribution/ ramassage de linge

Mise en place de moyens de traçabilité des linges traités.

- **Indicateurs de suivi et d'évaluation**

Evaluation en lien avec le process RABC

Nombre de kilos de linge traités

Coût de revient, etc...

- **Perspectives d'améliorations**

FICHE ACTION n°2-2-1

Dossier de l'utilisateur

Orientation stratégique n°2 : Assurer un accompagnement adapté à chaque personne handicapée

- **Objectif transversal**

- Conforter, renforcer la démarche qualité

- **Objectifs spécifiques**

- ✓ Améliorer la communication intra et inter établissements au sujet de l'accompagnement des usagers.

- **Constats**

Depuis quelques années, l'association s'est engagée dans la révision des dossiers des usagers avec notamment l'élaboration d'une procédure « gestion du dossier de l'utilisateur ». Ce travail a été un préalable à une bonne implantation d'un dossier informatisé.

Lors des évaluations externes des divers établissements et services, les limites des dossiers papiers ont été mises en avant, notamment, concernant la sécurité des informations. L'évaluation externe a préconisé à de multiples reprises la mise en place d'une gestion informatisée du dossier de l'utilisateur.

L'association participe au développement d'un logiciel de gestion informatisé du dossier de l'utilisateur synchronisé avec le logiciel de paye / facturation, en collaboration avec la société Axapa et 7 autres associations affiliées à l'Unapei.

La mise en place d'Imago-DU en 2015 sur la partie administrative a solutionné une grande partie des pertes d'informations entre collaborateurs. Actuellement, les points suivants ne sont pas encore solutionnés, mais c'est en cours :

- Concernant les usagers qui sont dans plusieurs établissements à la fois, les données médicales connues ne sont pas les mêmes dans chacun des établissements.
- Les diagnostics et déficiences des usagers ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre (statistiques demandées dans le cadres des enquêtes) et entre les établissements et services.
- Les comptables des services paye et facturation ont des difficultés à connaître les sorties, doivent ressaisir les informations des cahiers de présence.

- **Plan d'actions, assorti des échéances**

La construction du logiciel se fait en plusieurs étapes. Pour chaque volet le procédé est le même : des concertations entre les différentes associations puis des tests dans chaque association (groupe test) et enfin un déploiement et une mise en production. Ces deux phases s'accompagnent de nombreuses formations.

- Volet 1 – Administratif et admission : développement terminé / utilisé par tous les établissements.
- Volet 2 – Projet personnalisé, connaissance de la personne, planning et journal de bord : développement terminé : La majorité des établissements utilise au moins une de ces parties. Le transfert depuis l'utilisation des outils traditionnels vers le logiciel suit son cours.
- Volet 3 – Médical, paramédical, soin, social et psychologique : livré, mais reste à améliorer : Le volet 3 est ouvert dans tous les établissements depuis le 15 janvier 2017. Les professionnels concernés sont formés au fur et à mesure. La partie prescription n'est pas encore utilisable. Les déficiences de tous les usagers seront enregistrées et à jour pour la campagne 2017 des indicateurs de l'Anap.
- Volet 4 – Indicateurs, suivi des présences / absences et accès depuis l'extérieur : en cours de développement : Cette partie est en cours de développement. La partie « indicateurs » devrait être livrée pour la campagne 2017 des indicateurs Anap.

- <u>Moyens de mise en œuvre</u> - <u>Organisationnels et humains</u> De très nombreuses sessions de formation sont indispensables (les heures de formation dispensées en interne représentent 10.000€). Il y a nécessité de dégager des personnes de leur poste pour assurer les formations, et de dégager aussi les personnes qui doivent être formées. Ceci entraînera inmanquablement des besoins en remplacements. - <u>Le cas échéant, en matière de coopération</u> Cette co-construction avec d'autres associations et la société Axapa demande des déplacements de la responsable qualité à Paris une fois par trimestre (en moyenne) pour discuter des avancées du projet.
- <u>Ressources dégagées nécessaires</u> Les formations sont réalisées en interne par le service qualité (10.000€) dans le cadre des crédits du PAUF.
- <u>Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental.</u>
- <u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> • Nombre de personnes formées • Nombre d'heures de formation
- <u>Perspectives d'améliorations</u>

FICHE ACTION n°3-1-1 Participation à la mise en place des PAG et des GOS	
Orientation stratégique n°3 : Contribuer à la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous	
• <u>Objectif transversal</u>	S'inscrire dans le dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous
• <u>Objectifs spécifiques</u>	✓ Eviter le risque d'une rupture de parcours : Retours en famille non souhaités, exclusions, refus d'admissions ✓ Eviter une mise en cause de l'intégrité et/ou de la sécurité de la personne et de sa famille ✓ Apporter des réponses de qualité ✓ Mobiliser l'ensemble des établissements et services de l'association à la recherche de solutions
• <u>Constats</u>	Le dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) est un nouveau dispositif national mis en œuvre dans le prolongement du rapport "zéro sans solution". Ce nouveau dispositif est porté par la Loi santé 2016-41 du 26 janvier 2016 (articles 44 et 89) qui modifie le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) donnant un cadre juridique légal à la mise en place d'un dispositif permanent d'orientation. La Loi a institué les outils de ce nouveau dispositif d'orientation permanent : le Plan d'Accompagnement Global (PAG) et le Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS).
• <u>Plan d'actions, assorti des échéances</u>	• Participation sur invitation de la MDPH à la recherche de solutions dans le cadre de groupes opérationnels de synthèse (GOS) et à la mise en œuvre des plans d'accompagnement globaux (PAG) • Echanger, agir, participer, conseiller : ○ sur un suivi partagé des décisions et des demandes d'admission, ○ une évaluation des situations urgentes et des réponses prioritaires à mettre en place,
• <u>Moyens de mise en œuvre</u>	▪ <u>Organisationnels et humains</u> ▪ <u>Le cas échéant, en matière de coopération</u> ✓
• <u>Ressources dégagées nécessaires</u>	✓
<u>Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental</u>	
✓	
• <u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u>	✓ Nombre de sollicitations aux réunions ✓ Nombre de situations individuelles critiques ✓ Nombre de jeunes maintenus au titre de l'amendement creton ✓ Nombre de situations solutionnées

- Perspectives d'améliorations

FICHE ACTION n° 3-2-1

Accompagnement des familles

Orientation stratégique n°3 : Contribuer à la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous

- Objectif transversal

Adaptation de l'offre aux besoins et au territoire

- Objectifs spécifiques

- ✓ accompagner les familles dans leurs démarches et leur cheminement vis-à-vis du handicap,
- ✓ créer un réseau de qualité,
- ✓ rendre les familles et la personne handicapées actrices et décideurs éclairés,
- ✓ construire des projets novateurs autour de l'enfant dépassant les cloisonnements institutionnels....
- ✓ limiter l'épuisement voire l'éclatement de la cellule familiale, la fragilisation de la fratrie, l'abandon des démarches,
- ✓ limiter le surhandicap de l'enfant en favorisant la prise en charge la plus précoce et la plus globale possible,
- ✓ promouvoir un parcours de l'enfant sans rupture en valorisant tout ce dont le territoire dispose.

- Constats

Beaucoup de démarches sont à engager pour les parents ayant un enfant en situation de handicap. Il faut faire face à l'annonce, engager des diagnostics médicaux spécialisés, se battre pour trouver un accompagnement adapté et plus encore pour qu'il puisse y avoir accès. Nombre de familles caractérisent encore ce chemin de vrai parcours du combattant démontrant ainsi un manque, malgré quelques volontés portées par les politiques sociales que ce soit sur le champ du handicap ou familial. Pendant ce temps l'enfant navigue entre des prises en charge inadaptées ou approximatives. La MDPH regrette le nombre de notifications non mises en place ainsi que l'absence de projet de vie rédigé dans plusieurs dossiers MDPH. Cela ne résulte pas d'un désintérêt de la part des parents mais de plusieurs facteurs : d'un déni, d'un manque de connaissance, d'un temps d'acceptation propre à chacun, de la barrière de la langue, de leurs peurs...

Les Papillons Blancs se sont inscrits dans un groupe de travail porté par NEXEM (anciennement FEGAPEI), Groupement de Priorité Santé, afin de trouver des solutions innovantes là où les points de rupture étaient constatés. Suite à cette démarche, l'association porte depuis un projet expérimental consistant à la mise en place d'un service d'accompagnement des familles ayant un enfant handicapé sur le territoire : le service « Raconte-moi ton projet ».

« Raconte-moi ton projet » propose une offre de services. Son action est calibrée à chaque besoin des familles selon leur état d'avancement. Il peut s'agir d'une écoute, d'un simple renseignement, de la mise en connaissance des dispositifs du territoire, d'un soutien dans l'écriture du projet de vie, de la préparation d'un dépôt/transfert de dossier MDPH. Ce service aide la famille à envisager son enfant de manière globale (loisirs, santé, handicap, culture, liens sociaux, quotidien...) et non uniquement sous le volet du handicap. Pour cela, il met en exergue auprès des parents toutes les possibilités existantes sur le territoire qu'elles soient de droit commun ou spécialisées. Cet accompagnement permet à la famille de présenter un dossier MDPH complet, éclairé et durant le temps de sa construction de cheminer sur le handicap de leur enfant afin de mieux recevoir la notification.

Cette démarche s'inscrit pleinement dans la lignée du rapport Piveteau « zéro sans solution » où la notion de parcours est au cœur des préconisations. Elle s'inspire également du concept « pouvoir d'agir » développé par Yann le Bossé. La mobilisation de toutes les solutions possibles sera le gage d'un accompagnement de qualité, sans rupture et d'une cellule familiale apaisée.

- <u>Plan d'actions, assorti des échéances</u> ✓ Pérennisation du service « Raconte-moi ton projet » en 2018 ✓ Développement et consolidation du réseau partenarial (MDPH, CAMSP, Education Nationale, CMPP, PMI,...).
- <u>Moyens de mise en œuvre</u> - <u>Organisationnels et humains</u> Titularisation de 4 professionnels (1 secrétaire, 2 assistants projet de vie, 1 coordinatrice du service), Financement des moyens logistiques (locaux, supports de communication, véhicule...) Echéance : Janvier 2018 Le coût annuel estimé du service est de 100.000€ - <u>Le cas échéant, en matière de coopération</u> Formalisation des partenariats déjà établis (MDPH, PMI/CAMSP, Education Nationale, CMPP, , CAB, réseau périnat...) + Une convention de partenariat avec la MDPH
- <u>Ressources dégagées nécessaires</u> 100 000 €/an sur des financements privés et ponctuels pour 3 années de fonctionnement 2015, 2016, 2017. À partir de 2018, financement à répartir entre partenaires PB 30.000€, ARS 40.000€, 30.000€ (autres),
- <u>Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental</u>
- <u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> ✓ Nombre de familles accompagnées, ✓ Nombre de parcours sans rupture, ✓ Nombre et qualité des partenariats établis, ✓ Nombre de projets de vie rédigés dans le cadre de l'accompagnement.
- <u>Perspectives d'améliorations</u>

FICHE ACTION n°3-2-2

Le Pont agrandissement des locaux et augmentation de la capacité

Orientation stratégique n°3 : Contribuer à la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous

- **Objectif transversal**

-

- **Objectif spécifique**

Adaptation de l'offre aux besoins et au territoire

extension de 80m2, constituée d'une salle d'activité, d'un bureau et de deux chambres individuelles avec sanitaires

- **Constats**

- **Une réponse adaptée**

Le Pont représente la solution de dernier recours pour les services de l'ASE qui se voient confier par mesure judiciaire des jeunes porteurs de handicap mental pour lesquels les réponses classiques (MECS ou familles d'accueil) sont insuffisantes et/ou inadaptées

- **Des locaux insuffisants**

Le rapport d'évaluation externe réalisé en avril 2017 fait le constat suivant en page 35 :

« Est identifié le besoin de locaux tels que lieu d'accueil pour les familles (qui l'ont demandé), tuteurs ou visiteurs, bureau pour la psychologue à 0.4 ETP (nécessaire pour assurer ses entretiens confidentiels) »

Pour ce faire il préconise un «ajustement des locaux»

- **Un besoin urgent de places**

Au regard du nombre de places limitées à 11 et une durée moyenne de séjours de 8 ans environ, à peine plus d'une place par an se libère. Des enfants dans des situations très complexes sont en attente de places avec des délais pouvant aller jusqu'à deux ans.

- **Plan d'actions, assorti des échéances**

- 2017 : inscription de l'action au CPOM CD
- 2018: réalisation d'un avant-projet architectural et dépôt d'un PPI
- 2019 : travaux d'agrandissement
- janvier 2020 : passage des commissions de conformité et de sécurité
- mars 2020 : obtention de l'extension à 13 places et accueil de 2 nouveaux résidents

- **Moyens de mise en œuvre :**

Moyens supplémentaires renvoyés à une discussion tripartite avec l'ARS sur l'opportunité et la faisabilité du projet.

- **Ressources dégagées nécessaires**

✓

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental

✓

- **Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- résolution de situations de jeunes sans solution confiés à l'ASE
- respect de l'échéancier
- stabilisation de l'état psychique des nouveaux résidents accueillis

- **Perspectives d'améliorations**

FICHE ACTION n°4-1-1 agrandissement et réhabilitation du local cuisine au foyer Brunetière
Orientation stratégique n°4 : adaptation de l'offre médicosociale
- <u>Objectif Transversal /spécifique</u> Améliorer les conditions d'accueil des résidents et de travail des personnels
- <u>Constats</u> Si le dimensionnement de la cuisine correspondait aux besoins recensés pour les 45 usagers accueillis au sein du Foyer Brunetière, la création du FAM « les Muscadelles » ainsi que l'ouverture du Foyer AUGIERAS en 2005 ont généré une augmentation très importante du nombre de repas à fabriquer. En effet nous sommes passés de 45 personnes à 130 usagers, ce qui représente un peu plus de 250 repas servis par jour en moyenne Cette augmentation est d'autant plus importante que les usagers du FAM en vieillissant deviennent de plus en plus dépendants et nécessitent des adaptations alimentaires. A ce jour la cuisine effectue un peu plus de 30 déclinaisons repas par jour (hypo/hyper caloriques, mixés, salé/sans sel...) Par ailleurs, malgré des investissements importants réalisés depuis 5 ans pour la mise en conformité de cette cuisine et une certaine tolérance des services vétérinaires, pour notre mode de distribution cela ne pourra pas perdurer en l'état sur les années à venir. Ces derniers nous ayant clairement demandé de modifier l'organisation de la cuisine tout particulièrement pour ce qui concerne le nettoyage des containers mais aussi pour ce qui concerne le portage des repas au FAM. A ce jour et pour des raisons de sécurité et de conditions de travail, il devient obligatoire d'agrandir et de réhabiliter ces locaux en les redimensionnant et en les adaptant.
- <u>Plan d'actions, assorti des échéances</u> - <u>Second semestre 2017</u> : Finalisation du projet architectural pour l'agrandissement de la cuisine et dépôt du permis de construire <u>1 Semestre 2018</u> : Réalisation de la construction tout en maintenant le dispositif actuel en fonctionnement et en commençant par • L'aire de stockage des containers et l'aire de lavage extérieure • Le Local vestiaire –sanitaire du personnel cuisine • Le local chariot de distribution
- <u>Moyens de mise en œuvre</u> - <u>Organisationnels et humains</u> Réorganisation de la cuisine à moyens humains constants pour ce qui concerne l'acheminement des repas sur le FAM Muscadelles - <u>Le cas échéant, en matière de coopération</u> Possibilité de rachat par l'Association des Papillons blancs des bâtiments de la Brunetière auprès de la Société des HLM (actuellement et jusqu'au 4 mai 2029 en Convention de location avec en fin de bail session pour le franc symbolique) dans le courant de l'année 2017. Toutefois ce rachat n'est pas une condition obligatoire dans le cadre de la restructuration compte tenu du bail qui nous lie au HLM et qui fait de L'Association des Papillons Blancs le propriétaire des lieux en 2029

- <u>Ressources dégagées nécessaires</u> Si le rachat s'effectue nous pouvons escompter une économie sur la somme versée par le Foyer Brunetière au titre de la location (actuellement le loyer versé est de 11520€/ mensuellement) mais qui ne peut être aujourd'hui chiffrée n'ayant pas connaissance de la valeur exacte de rachat.
- <u>Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental</u> Le cout de cette réhabilitation se situerait entre 80 et 85 K€ avec un amortissement sur 10 ans L'emprunt pouvant quant à lui être chiffré à 4300 € si l'on part sur 85 K€ d'investissement Sous réserve d'approbation d'un PPI et de devenir propriétaire
- <u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> Evaluation en lien avec les process HACCP Nombre de non conformités inscrites dans l'audit annuel des Services Vétérinaires Enquête de satisfaction des personnels en charge de la cuisine Relevé des accidents du travail en lien avec les modes de distribution (passage de containers à chariots de distribution)
- <u>Perspectives d'améliorations</u>

FICHE ACTION n°4-1-2
construction local maintenance

Orientation stratégique n°4 : adaptation de l'offre médicosociale

- Objectif Transversal /spécifique

Améliorer les conditions d'accueil des résidents et de travail des personnels

- Constats

A ce jour, il n'existe aucun atelier de maintenance sur le complexe hébergement ce qui pénalise très fortement le service.

Une pièce attenante à la lingerie sert de dépôt et ne permet en aucun cas d'effectuer les travaux de réparations et d'entretien dans un cadre sécurisé (cette pièce est intégrée au programme de transformation et d'extension du local lingerie).

De plus le complexe hébergement ne possède aucun lieu de stockage, ce qui génère d'importantes difficultés dans la gestion et l'approvisionnement des consommables.

Enfin les personnels d'entretien ne disposent d'aucun bureau ni lieu pour archiver, classer les documents inhérents au fonctionnement du service et sont donc dans l'obligation de partager le bureau du secrétariat. Au vu des éléments énoncés il faudrait envisager la construction d'un bâtiment dédié à la maintenance et au stockage.

- Plan d'actions, assorti des échéances

- Second semestre 2017 : Finalisation du projet architectural pour construction du bâtiment de maintenance et dépôt du permis de construire

1 trimestre 2018 : Réalisation de la construction tout en maintenant le dispositif actuel en fonctionnement.

Début du 2 trimestre 2018 : Déménagement de la pièce de stockage et emménagement dans le nouveau bâtiment (ce déménagement engendrant la mise en œuvre de l'extension lingerie par opération tiroir)

- Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains : Pas d'incidence sur le plan humain ni organisationnel durant le temps de la construction en dehors du suivi de chantier. Le déménagement sera effectué par l'équipe d'entretien sans augmentation d'effectif ni surcoût

- Le cas échéant, en matière de coopération

- Ressources dégagées nécessaires

Si le rachat s'effectue nous pouvons escompter une économie sur la somme versée par le Foyer Brunetière au titre de la location (actuellement le loyer versé est de 11520€/ mensuellement) mais qui ne peut être aujourd'hui chiffrée n'ayant pas connaissance de la valeur exacte de rachat.

Sous réserve d'approbation d'un PPI et de l'achat du bâtiment de la Brunetière.

- Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental

Le cout de cette réhabilitation se situerait entre 95 et 100 K€ avec un amortissement sur 12 ans
L'emprunt pouvant quant à lui être chiffré à 16.000 € si l'on part sur 100 K€ d'investissement

- <u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> Enquête de satisfaction des personnels d'entretien Nombre de fiches de dysfonctionnements en lien avec les capacités de stockage de la structure et des conditions de travail des personnels entretien
- <u>Perspectives d'améliorations</u>

FICHE ACTION n°4-1-3

FHAR – Aménager une chambre de veille et un accueil du public

Orientation stratégique n°4 : adaptation de l'offre médicosociale

- Objectif transversal

Améliorer les conditions de travail en chambre de veille.

- Objectifs spécifiques

- ✓ Améliorer les conditions de travail des professionnels de la structure.
- ✓ Améliorer les conditions d'accueil des familles et des visiteurs.
- ✓ Mise en conformité avec la réglementation.

- Constats

Le bâtiment d'entrée de l'établissement est actuellement divisé en trois parties :

- Une première pièce servant d'accueil et de bureau des professionnels comprenant un lit pour assurer la chambre de veille ;
- Une seconde pièce aménagée en lingerie/buanderie.
- Un troisième espace faisant office de cabinet de toilette pour le personnel.

Ces espaces datent de 1992, ils ne sont plus adaptés aux besoins actuels de la structure.

- Le personnel de nuit ne dispose pas d'un espace dédié comme le prévoit la réglementation,
- Le bureau sert également d'accueil des personnes extérieures, les données confidentielles des usagers qu'il contient ne sont pas sécurisées.
- La lingerie est obsolète, elle n'est plus en mesure d'absorber la demande en terme de volume de linge à traiter et ne répond pas à la réglementation RABC.

- Plan d'actions, assorti des échéances

- **Création d'espaces distincts : accueil et bureau**

Le projet de réaménagement de ces espaces doit permettre d'une part, d'améliorer considérablement l'accueil des familles et des visiteurs tout en préservant l'espace de travail des professionnels et la confidentialité des données concernant les usagers.

- **La lingerie et le cabinet de toilette seront réhabilités en chambre de veille** avec douche et sanitaires en tenant compte des normes d'accessibilité en vigueur.

Le traitement du linge de l'établissement sera intégré dans le projet FOG concernant le déplacement de la lingerie qui permettra une mutualisation de cette prestation.

- Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains

Préparation du projet avec les utilisateurs, le service maintenance du Site et du CHSCT.

Projet en lien avec celui du FOG, pour le FHAR il permettra une délocalisation de la lingerie et ainsi de libérer les espaces à réhabiliter.

- Ressources dégagées nécessaires

- Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental.

Sous réserve d'approbation du PPI

- Indicateurs de suivi et d'évaluation

Réalisation des travaux en lien avec la création de la prestation de lingerie mutualisée dans un espace dédié et aux normes RABC

- <u>Perspectives d'améliorations</u>
FICHE ACTION n°4-1-4 Restructuration des locaux du Foyer Occupationnel de Gammareix afin de rendre un service de qualité dans les accompagnements
Orientation stratégique n°4 : adaptation de l'offre médicosociale
- <u>Objectif transversal</u> Amélioration des conditions de vie des personnes accueillies
- <u>Objectifs spécifiques</u> ✓ Renforcer l'humanisation des locaux destinés à l'accueil des usagers ✓ Améliorer ces conditions d'accueil ainsi que les conditions de travail des personnels. ✓ Rester de façon pragmatique dans la démarche qualité engagée au service de la prestation à offrir aux usagers du FOG
- <u>Constats</u> La restructuration d'une partie des locaux s'impose car six chambres sont occupées par deux personnes avec des salles de bain communes. Nous devons engager des travaux qui devront permettre d'individualiser l'accueil, par la réhabilitation de ces pièces en chambres individuelles et leur salle de bain. Cette réhabilitation impose un transfert de la lingerie actuelle vers un bâtiment qui est à créer, cela permettra de réhabiliter les espaces actuels de la lingerie, d'agrandir cette aile du bâtiment pour en faire des chambres et salles de bain individuelles. L'espace des activités occupationnelles sera agrandi, par le déplacement de l'infirmerie, et la réhabilitation d'un patio. Ce qui permettra pour les résidents d'obtenir des espaces lieu de vie distinct du lieu des activités occupationnelles mais sur des bâtiments dans l'enceinte du FOG, facile d'accès et ne présentant pas de danger de circulation sur l'ensemble du site. Il sera intégré les travaux liés à l'accessibilité comme prévu dans le diagnostic de l'APAVE concernant le foyer et la salle polyvalente. Ces éléments répondent en tous points aux recommandations de l'évaluation externe et figurent au Plan d'Action Qualité en cours dans l'établissement.
- <u>Plan d'actions, assorti des échéances</u> 2017 : conception du projet par les architectes. 2018 : dépôt du PPI 2018 : dépôt du permis de construire et habilitation de la commission de sécurité concernant les lieux de sommeil 2018 : travaux de réhabilitation Fin 2018 : visite de conformité des services du Conseil Départemental.
- <u>Moyens de mise en œuvre</u> - <u>Organisationnels et humains</u> Préparation du projet avec l'équipe du FOG Coordination avec les équipes du siège pour le PPI et le suivi du dossier architectural. - <u>Le cas échéant, en matière de coopération</u> Consultation des architectes, visite des lieux existants pour échanger sur les objectifs de travail des équipes, prise en compte des situations des usagers du FOG ;
<u>Ressources dégagées nécessaires</u>

Élaboration d'un PPI, la fin des amortissements permettant un investissement de 1.300.000 euros. Le coût prévisionnel et l'étude affinée sera transmise avec le PPI.	
-	<u>Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental</u> Dépôt d'un PPI incluant le tableau des surcoûts
-	<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> Réalisation des travaux Enquête de satisfaction auprès des usagers, des familles, des professionnels
-	<u>Perspectives d'améliorations</u>

FICHE ACTION n°4-1-5

Déplacement de la SAJ de Saint-Christophe sur Brousse

Orientation stratégique n°4 : adaptation de l'offre médicosociale

- Objectif transversal

Améliorer les conditions de travail et d'accueil

- Objectifs spécifiques

Le projet de regroupement de la SAJ et de l'Esat implantés à St Christophe sur le site de Brousse permettra d'optimiser aux mieux l'organisation fonctionnelle ainsi que les conditions de travail dans des locaux neufs, pérennes, adaptés aux normes et économes en énergie, selon la démarche environnementale souhaitée par l'association.

Le projet de transfert est aussi l'occasion de résoudre des dysfonctionnements constatés sur le site de Brousse, avec des aménagements nécessaires tels que l'extension de l'atelier sérigraphie Apropub et de l'atelier plastique, l'aménagement de la voirie pour la sécurisation de la circulation des bus, des livraisons et des aires de stationnement, ainsi que la mise aux normes des cuisines.

Le regroupement et la mutualisation des services communs aux différentes structures permettront une meilleure organisation et gestion tant dans le cadre de l'Esat que de la SAJ, dans un environnement adapté et conforme à la réglementation.

- Constats

Plusieurs points critiques ont été relevés soit lors des visites de la CARSAT ou du CHSCT :

Les locaux de St-Christophe sont vétustes et inadaptés : mauvaise insonorisation des bâtiments, chaleurs importantes l'été, systèmes désuets de ventilation dans les ateliers sérigraphie et bois, installations électriques à revoir... Les zones de circulation internes et externes sont dangereuses pour les travailleurs handicapés et les professionnels. Les zones de stockage ne sont pas adaptées.

L'Association a saisi un cabinet d'architectes pour établir un dossier d'étude de faisabilité concernant la restructuration des bâtiments de l'Esat St Christophe ; il en ressort plusieurs constats :

- une situation cadastrale complexe et aléatoire par l'implantation des ateliers situés sur 2 unités foncières nécessitant l'utilisation d'un chemin privé n'appartenant pas à l'association
- des contraintes d'urbanisme draconiennes (accès, assainissement, extension du bâti, zone de retrait des constructions par rapport à la route nationale.....)
- de l'état du bâti : vétusté, inadaptation des locaux aux productions actuelles, voirie dégradée
- dysfonctionnements divers : circulations des engins et des piétons (manque de sécurité et mise en danger), implantation des ateliers non conformes à un process de fabrication, aires de stockage limitées, pas de vestiaires, locaux sociaux dispersés et inadaptés, locaux de restauration à adapter aux normes d'accessibilité.....

Les locaux de Brousse (implantés dans la zone « La Vallade ») se situent au sein d'une zone d'activités offrant des possibilités d'implantation dans le respect des normes d'urbanisme et avec des équipements publics adaptés à la construction de bâtiments d'activités, ce qui n'est pas le cas de St Christophe.

Confrontée à l'ensemble de ces constats, l'association a décidé d'implanter les ateliers de St Christophe sur le site de Brousse, ce transfert sera l'occasion de traiter les problèmes des 2 sites.

Ce projet de transfert implique de repenser l'implantation de la SAJ permettant ainsi :

- d'optimiser la prise en charge actuelle des usagers,
- de sécuriser le périmètre d'accompagnement,
- de bénéficier plus aisément de la mutualisation des moyens humains et techniques entre l'Esat et la SAJ

- <u>Plan d'actions, assorti des échéances</u> Nous envisageons un projet de grande ampleur et nous souhaitons nous engager sur la programmation suivante, sans pour le moment pouvoir donner plus de précisions sur les détails organisationnels : - Volet 1 – Finalisation du projet architectural de transfert de St Christophe sur Brousse (2017) - Volet 2 – Recherche des modes de financement pour l'ensemble du projet (2017) - Volet 3 – Prioriser en premier lieu la restructuration de l'atelier sérigraphie et l'implantation des ateliers Lamonzie sur le site de Brousse (2018) - Volet 4 – Construction de la Section d'Accueil de Jour (2019) - Volet 5 – Réalisation des locaux de restauration, des personnels, des locaux techniques, du pool commercial et réaménagement des bureaux administratifs (2019) - Volet 6 – Travaux d'implantation des ateliers Bois de St Christophe à Brousse (2020)
- <u>Moyens de mise en œuvre</u> Ce projet doit être envisagé et étudié avec une vision d'ensemble de l'implantation des locaux (ateliers, cuisine et service de restauration, réaménagement des locaux existants...) - <u>Organisationnels et humains</u> Juillet 2017 : Ajustement du coût du projet et finalisation du projet de transfert de St Christophe dans sa globalité et des moyens organisationnels nécessaires ont été définis, actuellement le projet est estimé à 11 005 286 € TTC L'engagement de la SAJ porte sur un montant global de 244 029 € TTC
- <u>Ressources dégagées nécessaires</u> Le montant des moyens financiers nécessaires à la réalisation du projet de construction de la SAJ devra être pris en compte dans sa globalité par le Conseil départemental La projection financière selon la durée des amortissements en vigueur met en exergue un besoin d'engagement supplémentaire au titre de la dotation aux amortissements de 6862 € à compter de 2020
- <u>Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental</u> Un PPFi pour l'ensemble du projet sera déposé en novembre 2017, il prendra en compte dans le cadre de la programmation des travaux, le transfert de la SAJ implantée à St Christophe
- <u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> Questionnaire de satisfaction adressé aux ouvriers avant et après les travaux Evaluation interne et externe Evaluation budgétaire PV de réception des locaux Visite de conformité Comparaison réalisé/BP
- <u>Perspectives d'améliorations</u>

FICHE ACTION n°4-1-6 Réhabilitation de la structure FAM Muscadelles
--

Orientation stratégique n°4 : adaptation de l'offre médicosociale
--

• <u>Objectif transversal</u>
--

Améliorer les conditions d'accueil des résidents et de travail des personnels
--

• <u>Objectifs spécifiques</u>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer des conditions de prises en charge décentes aux usagers ✓ Assurer des conditions de travail pour les salariés |
|--|

• <u>Constats</u>
--

D'importants désordres structurels sont apparus après l'ouverture du FAM Muscadelles en décembre 2005 avec une aggravation dans le courant 2009 /2010. De ce fait, l'association a engagé en décembre 2010 une procédure judiciaire à l'encontre des entreprises. Le Tribunal de Grande Instance de Bergerac le 7 octobre 2016 a diligentié une nouvelle expertise à compter du 10 janvier 2017. L'ensemble des désordres constatés génère d'importants dysfonctionnements au sein de la structure et des conditions de vie très difficiles pour les usagers.
--

A ce jour, l'association est dans l'attente des conclusions de la contre-expertise afin de remédier définitivement aux causes ayant généré ces délabrements.

A ce stade il est difficile pour l'association de fournir un chiffrage pour cette réhabilitation car deux hypothèses se présentent :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Soit le bâtiment est réhabilité, ce qui a pour conséquence de construire un module supplémentaire afin de travailler en opération tiroir pour réaliser les travaux intérieurs et extérieurs • Soit le bâtiment est détruit et dans ce cas une nouvelle construction est à envisager. |
|---|

• <u>Plan d'actions, assorti des échéances</u>

Fin 2017- début 2018 : contre-expertise effectuée par Mme PECAUT et décision du TGI
--

2018 : conception du projet par les architectes
--

2018 : dépôt du PPI

2018 : dépôt du permis de construire et habilitation de la commission de sécurité
--

2018 - 2019 : travaux de réhabilitation
--

• <u>Courant 2019 : visite de conformité des services du Conseil Départemental + ARS.</u>
--

• <u>Moyens de mise en œuvre</u>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Organisationnels et humains</u> |
|--|

- **Ressources dégagées nécessaires**

Hypothèse réhabilitation

Un module actuel (ou unité de vie) du foyer des Muscadelles a une surface approximative de 280m² à 1650€ le m² soit un total par module de 460 000€

- ✓ L'association envisage la construction d'un nouveau module modulable pour accueillir les résidents le temps des travaux de réparation.
- ✓ L'association envisage la construction d'un second module modulable pour une extension de place (cf. fiche action CPOM ARS).

Les travaux de réhabilitation seront chiffrés dans la contre-expertise dont la restitution est prévue sur le second semestre 2017.

Hypothèse nouvelle construction

Une nouvelle construction du foyer des Muscadelles représente 4 800K€ (valeur d'origine)

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation du Conseil Départemental

Sous réserve d'approbation d'un PPI

- **Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- ✓ Rapport expertise
- ✓ Décision du tribunal de Grande Instance

- **Perspectives d'améliorations**

ANNEXE 3 : Budgets Base Zéro (BBZ)

SAVS et SAMSAH	BE 2017	BBZ retraité	BBZ SAVS	BBZ SAMSAH	Ecart	%
Charges groupe I	22 182	22 182	16 478	5 704	0	0,00%
Charges groupe II	305 644	305 644	227 050	78 594	0	0,00%
Charges groupe III	51 094	51 094	37 956	13 138	0	0,00%
Total classe 6	378 920	378 920	281 483	97 437	0	
Recettes groupe I	369 195	369 195	271 758	97 437	0	0,00%
Recettes groupe II	9 725	9 725	9 725	0	0	0,00%
Recettes groupe III					0	
Total classe 7	378 920	378 920	281 483	97 437	0	
Résultat comptable	0	0	0	0	0	
Comptes 116,...						
Résultat N-2						
dépenses non reconductibles	0	0	0	0	0	
Recettes non reconductibles						
Base de calcul des tarifs	369 195	369 195	271 758	97 437	0	0,00%
Activité en jours pour comparaison	11 130	11 130	8 268	2 862		
Prix de journée ou dotation	33,17	33,17	32,87	34,04	0,00	0,00%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	369 195	369 195	271 758	97 437	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	33,17	33,17	32,87	34,04	0,00	0,00%

AUGIERAS	BE 2017	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	119 904	119 904	0	0,00%
Charges groupe II	699 051	699 051	0	0,00%
Charges groupe III	248 911	245 615	-3 296	-1,32%
Total classe 6	1 067 866	1 064 570	-3 296	
Recettes groupe I	1 063 258	1 064 570	1 312	0,12%
Recettes groupe II		0	0	
Recettes groupe III			0	
Total classe 7	1 063 258	1 064 570	1 312	
Résultat comptable	-4 608	0	4 608	-100,00%
Comptes 116,...				
Résultat N-2	4 608			0,00%
dépenses non reconductibles	3 296			
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	1 063 258	1 064 570	1 312	0,12%
Activité	9 647	9 647		
Prix de journée ou dotation	110,22	110,35	0,14	0,12%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	1 064 570	1 064 570	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	110,35	110,35	0,00	0,00%

BRUNETIERE	BE 2017	BBZ	Ecart	%
Charges groupe I	180 305	180 305	0	0,00%
Charges groupe II	832 526	832 526	0	0,00%
Charges groupe III	294 410	291 619	-2 791	-0,95%
Total classe 6	1 307 241	1 304 450	-2 791	
Recettes groupe I	1 182 405	1 176 450	-5 955	-0,50%
Recettes groupe II	128 000	128 000	0	0,00%
Recettes groupe III			0	
Total classe 7	1 310 405	1 304 450	-5 955	
Résultat comptable	3 164	0	-3 164	-100,00%
Comptes 116,...				
Résultat N-2	-3 164			0,00%
dépenses non reconductibles	2 791			
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	1 182 405	1 176 450	-5 955	-0,50%
Activité	14 184	13 906		
Prix de journée ou dotation	83,36	84,60	1,24	1,49%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	1 176 450	1 176 450	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	82,94	84,60	1,66	2,00%

FAMIPHIV Hébergement	BE 2017	BBZ	Ecart	%
Charges groupe I	296 175	296 175	0	0,00%
Charges groupe II	561 268	561 268	0	0,00%
Charges groupe III	408 381	408 381	0	0,00%
Total classe 6	1 265 824	1 265 824	0	
Recettes groupe I	1 258 690	1 258 690	0	0,00%
Recettes groupe II	7 134	7 134	0	0,00%
Recettes groupe III			0	
Total classe 7	1 265 824	1 265 824	0	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...				
Résultat N-2				
dépenses non reconductibles	0			
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	1 258 690	1 258 690	0	0,00%
Activité	15 111	15 111		
Prix de journée ou dotation	83,30	83,30	0,00	0,00%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	1 258 690	1 258 690	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	83,30	83,30	0,00	0,00%

FAM Muscadelles Hébergement	BE 2017		BBZ	Ecart	%
Charges groupe I		234 975	234 975	0	0,00%
Charges groupe II		1 327 167	1 327 167	0	0,00%
Charges groupe III		604 700	599 514	-5 186	-0,86%
Total classe 6		2 166 842	2 161 656	-5 186	
Recettes groupe I		2 147 378	2 147 182	-196	-0,01%
Recettes groupe II		14 474	14 474	0	0,00%
Recettes groupe III				0	
Total classe 7		2 161 852	2 161 656	-196	
Résultat comptable		-4 990	0	4 990	-100,00%
Comptes 116,...					
Résultat N-2		4 990			0,00%
dépenses non reductibles		5 186			
Recettes non reductibles					
Base de calcul des tarifs		2 147 378	2 147 182	-196	-0,01%
Activité		15 905	15 905		
Prix de journée ou dotation		135,01	135,00	-0,01	-0,01%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR		2 147 182	2 147 182	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reductibles		135,00	135,00	0,00	0,00%

FOG	BE 2017	BBZ	Ecart	%
Charges groupe I	130 786	130 786	0	0,00%
Charges groupe II	950 203	950 203	0	0,00%
Charges groupe III	236 042	207 531	-28 511	-12,08%
Total classe 6	1 317 031	1 288 520	-28 511	
Recettes groupe I	1 300 976	1 282 377	-18 599	-1,43%
Recettes groupe II	3 279	3 279	0	0,00%
Recettes groupe III	2 864	2 864	0	0,00%
Total classe 7	1 307 119	1 288 520	-18 599	
Résultat comptable	-9 912	0	9 912	-100,00%
Comptes 116,...	1 967			0,00%
Résultat N-2	7 945			0,00%
dépenses non reconductibles	28 511			
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	1 300 976	1 282 377	-18 599	-1,43%
Activité	9 485	9 485		
Prix de journée ou dotation	137,16	135,20	-1,96	-1,43%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	1 282 377	1 282 377	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	135,20	135,20	0,00	0,00%

FHAR	BE 2017	BBZ	Ecart	%
Charges groupe I	87 951	87 951	0	0,00%
Charges groupe II	445 011	445 011	0	0,00%
Charges groupe III	118 368	116 241	-2 127	-1,80%
Total classe 6	651 330	649 203	-2 127	
Recettes groupe I	650 553	648 426	-2 127	-0,33%
Recettes groupe II	0	0	0	
Recettes groupe III	777	777	0	0,00%
Total classe 7	651 330	649 203	-2 127	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...				
Résultat N-2				
dépenses non reconductibles	2 127			
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	650 553	648 426	-2 127	-0,33%
Activité	7 142	7 142		
Prix de journée ou dotation	91,09	90,79	-0,30	-0,33%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	648 426	648 426	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	90,79	90,79	0,00	0,00%

Le Pont Hébergement	BE 2017	BBZ	Ecart	%
Charges groupe I	96 250	96 250	0	0,00%
Charges groupe II	602 846	595 846	-7 000	-1,16%
Charges groupe III	189 065	159 629	-29 436	-15,57%
Total classe 6	888 161	851 725	-36 436	
Recettes groupe I	796 973	849 725	52 752	6,62%
Recettes groupe II	2 000	2 000	0	0,00%
Recettes groupe III		0	0	
Total classe 7	798 973	851 725	52 752	
Résultat comptable	-89 188	0	89 188	-100,00%
Comptes 116,...				
Résultat N-2	89 188			0,00%
dépenses non reductibles	36 436			
Recettes non reductibles				
Base de calcul des tarifs	796 973	849 725	52 752	6,62%
Activité	3 694	3 694		
Prix de journée ou dotation	215,75	230,03	14,28	6,62%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	849 725	849 725	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reductibles	230,03	230,03	0,00	0,00%

SAJ Gammaroux	BE 2017	BBZ	Ecart	%
Charges groupe I	12 834	12 834	0	0,00%
Charges groupe II	64 794	64 794	0	0,00%
Charges groupe III	14 662	14 662	0	0,00%
Total classe 6	92 290	92 290	0	
Recettes groupe I	86 095	92 290	6 195	7,20%
Recettes groupe II		0	0	
Recettes groupe III		0	0	
Total classe 7	86 095	92 290	6 195	
Résultat comptable	-6 195	0	6 195	-100,00%
Comptes 116,...				
Résultat N-2	6 195			0,00%
dépenses non reconductibles				
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	86 095	92 290	6 195	7,20%
Activité en jours pour comparaison	1 728	1 728		
Prix de journée ou dotation	49,82	53,41	3,59	7,20%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	92 290	92 290	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	53,41	53,41	0,00	0,00%

SAJ BSG	BE 2017	BBZ	Ecart	%
Charges groupe I	5 846	5 846	0	0,00%
Charges groupe II	52 840	52 840	0	0,00%
Charges groupe III	9 278	9 278	0	0,00%
Total classe 6	67 964	67 964	0	
Recettes groupe I	67 814	67 814	0	0,00%
Recettes groupe II	150	150	0	0,00%
Recettes groupe III	0	0	0	
Total classe 7	67 964	67 964	0	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...				
Résultat N-2				
dépenses non reconductibles				
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	67 814	67 814	0	0,00%
Activité en jours pour comparaison	1 728	1 728		
Prix de journée ou dotation	39,24	39,24	0,00	0,00%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	67 814	67 814	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	39,24	39,24	0,00	0,00%

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Délibération n° 17.CP.IX.38 du 18 décembre 2017

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2018-2022 avec des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération du Conseil départemental n° 15-206 du 2 avril 2015,

VU le rapport présenté par M. le Président du Conseil départemental,

VU les absences de M. Didier BAZINET, de M. Pascal BOURDEAU et de Mme Sylvie CHEVALLIER du Groupe Socialiste et Apparentés,

VU les pouvoirs donnés à M. Jeannik NADAL par M. Didier BAZINET, à Mme Juliette NEVERS par M. Pascal BOURDEAU et à M. Jean-Fred DROIN par Mme Sylvie CHEVALLIER,

VU les absences de M. Thierry BOIDÉ et de M. Adib BENFEDDOUL du Groupe Le Rassemblement de la Dordogne,

VU les pouvoirs donnés à M. Pascal PROTANO par M. Thierry BOIDÉ et à Mme Natacha MAYAUD par M. Adib BENFEDDOUL,

LA COMMISSION PERMANENTE, à l'unanimité des membres présents ou représentés,

APPROUVE le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2018-2022 entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Dordogne et l'Etablissement Public Autonome Communal (EPAC) « Les Clauds de Laly » à Villefranche-du-Périgord.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à le signer, au nom et pour le compte du Département.

APPROUVE le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2018-2022 entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Dordogne et l'Etablissement médico-social communal « La Porte d'Aquitaine » à La Roche Chalais.

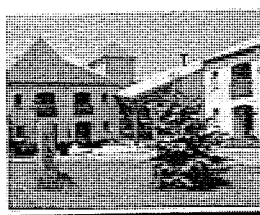
AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à le signer, au nom et pour le compte du Département.

APPROUVE le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2018-2022 entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Dordogne et le Centre hospitalier de Sarlat (l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Jean Leclaire et l'EHPAD du Plantier).

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à le signer, au nom et pour le compte du Département.

Déposée au Contrôle de légalité le 22 Décembre 2017 et publiée le 22 Décembre 2017.

Annexe à la délibération n° 17.CP.IX.38 du 18 décembre 2017.



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2018-2022

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

L'EPAC « les Clauds de Laly » de Villefranche-du-Périgord

Table des matières

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	4
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	4
2) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé	5
3) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM	5
3.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM	6
3.1.1 Pour l'EHPAD	6
3.1.2 Pour le Foyer de Vie	8
3.2 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	9
3.2.1 Pour l'EHPAD	9
3.2.2 Pour le Foyer de Vie	10
3.3 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) ...	10
3.4 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM	11
4) Engagements de L'EPAC « LES CLAUDS DE LALY »	11
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	12
5) Le suivi et l'évaluation du contrat	12
6) Le traitement des litiges	13
7) La révision du contrat	13
8) La révision du terme de la convention tripartite pluriannuelle préexistante au CPOM	14
9) La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans	14
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD	14
LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM	15
ANNEXE N° 1-1 : DIAGNOSTIC – Foyer de Vie	16
ANNEXE N° 1-2 : DIAGNOSTIC – EHPAD	31
ANNEXE N° 2 : FICHES ACTION	52
ANNEXE N° 3 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS	72
ANNEXE N° 4 : ARRETES D'AUTORISATION	78
ANNEXE N°5 : SYNTHÈSE ET ABREGÉ - EVALUATION EXTERNE	83
ANNEXE N°6 : BBZ FOYER DE VIE	116

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré les autorisations d'activités couvertes par le CPOM :

Le Département de la Dordogne, représenté par Monsieur Germinal PEIRO, Président du Conseil départemental, dénommé ci-après le département ;

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, représentée par Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur Général, dénommée ci-après Agence Régionale de Santé ;

Et d'autre part,

L'Etablissement Public Autonome Communal (EPAC) « Les Clauds de Laly » à Villefranche-du-Périgord, établissement public sanitaire et médico-social, représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, soit Mme Corinne MOTHES, directrice des Centres Hospitaliers de Bergerac et de Belvès et de l'EPAC « Les Clauds de Laly ».

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2012 - 2017 ;

Vu le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2014 - 2019 ;

Vu le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne en faveur des Personnes Handicapées 2017 - 2022 ;

Vu l'arrêté n° 2016-84/DOSA/CD et n° SPAE-17-029 du 28 décembre 2016 relatif à la programmation des Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens des ESMS du département de la Dordogne 24 (Région Nouvelle-Aquitaine) ;

Vu la délibération du Conseil d'administration de l'établissement public « les Clauds de Laly » de Villefranche-du-Périgord en date du 19 octobre 2017 approuvant la démarche contractuelle ;

Vu la délibération n° _____ de la Commission Permanente du Conseil départemental en date du _____, autorisant Monsieur le Président du Conseil départemental à signer le présent contrat pluriannuel ;

VU la décision du 21 novembre 2017 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule :

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne, et l'EPAC « Les Clauds de Laly » conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagement réciproque tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun.

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le département et l'EPAC « Les Clauds de Laly » et repose notamment sur :

- un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement des axes stratégiques, de l'établissement précité ;
- les obligations respectives de chacun des cocontractants ;
- des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- les modalités de fixation de la tarification ;
- la mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficacité coût/service rendu dans le respect des crédits impartis ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire

- Numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS : 240013250
- Statut juridique de l'entité gestionnaire : EPAC
- Activités de l'entité juridique gestionnaire : EHPAD et Foyer de Vie pour Personnes Handicapées vieillissantes
- Organigramme de l'entité gestionnaire : Président du Conseil d'administration : M. Claude BRONDEL, maire de Villefranche-du-Périgord ; Directrice : Mme Corinne MOTHE ; Directeur de site : M. Jean-Baptiste BRANCHE
- Etablissement signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune : EPAC « les Clauds de Laly »
- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat :
 - L'EHPAD, pour 45 lits d'hébergement permanent
 - le Foyer de Vie, pour 20 lits d'hébergement permanent et une place d'hébergement temporaire

- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM

- Référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ces établissements et services : EHPAD : 240013276, Foyer de Vie 240003228.

- Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)

L'EHPAD « Les Clauds de Laly » est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du Préfet de la Dordogne n°010195 en date du 8 février 2001 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (45).

Le Foyer de Vie est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du Président du Conseil Général n°SE-PH-16-040 en date du 8 décembre 2016 pour la totalité de ses lits d'hébergement autorisés (21).

A ce titre, le présent contrat vaut convention d'aide sociale au sens de l'article L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles. Il sera fait application des dispositions du règlement départemental d'aide sociale ».

- Partenariat(s) existant(s) et formalisé(s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services
 - Convention avec le Centre Hospitalier de Sarlat pour l'intervention du CMP (décembre 2011),
 - Convention avec le Centre Hospitalier de Belvès pour la fourniture de prestations lingerie et restauration,
 - Convention dans le cadre de la direction commune entre le Centre Hospitalier de Bergerac, l'EPAC « les Clauuds de Laly » à Villefranche-du-Périgord et le Centre Hospitalier de Belvès,
 - Convention de gestion des DASRI des EHPAD de Villefranche-du-Périgord, Cadouin, St Cyprien, Monpazier et Le Bugue,
 - Convention avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatif (EMASP) du Centre Hospitalier de Bergerac,
 - Convention avec l'HAD de Sarlat,
 - Partenariat avec PALLIA 24,
 - Partenariat avec le Centre Hospitalier de Belvès dans le cadre du plan canicule,
 - Partenariat avec le CIAS de Villefranche-du-Périgord (repas SDF).

2) OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Les orientations stratégiques du secteur Personnes Agées sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination,
- Repositionnement de l'offre et innovation,
- Prévention, qualité et sécurité des soins,
- Personnalisation de l'accompagnement,
- Performance et Management de la Qualité.

Les orientations stratégiques du secteur Personnes Handicapées sont réparties autour de 4 axes :

- Garantir l'insertion dans le milieu ordinaire, l'adaptation de l'offre répondant aux besoins des Territoires dans le cadre du virage inclusif,
- Favoriser l'approche populationnelle par type de handicap notamment dans le cadre de la stratégie quinquennale,
- Contribuer à la mise en œuvre d'une démarche réponse accompagnée pour tous,
- Maintenir une gestion performante des structures et un management de la qualité.

3) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

Le CPOM comprend des données précises sur les moyens dont dispose le gestionnaire pendant cinq ans. Les moyens déterminés doivent être proportionnés aux objectifs fixés.

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

Dans le cadre de la remise de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 31 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retrace par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

3.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM

Les dispositions budgétaires et financières sont mises en œuvre dans le cadre de la politique régionale d'allocation de ressources de l'ARS, déclinée dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et du périmètre des Dotations Régionales Limitatives (DRL) allouées par le niveau national.

3.1.1 Pour l'EHPAD

Le financement de l'EHPAD « Les Cloude de Laly », entrant dans le champ d'application du contrat, est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-11 et R.314-39 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le contrat repose sur une tarification forfaitaire « à la ressource », calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de l'EHPAD, s'agissant du forfait global de soins et du forfait global de la dépendance.

La tarification annuelle prend la forme d'une dotation globale comprenant :

- Le forfait global de soins

Le forfait global relatif aux soins est défini à l'article R. 314-159 du CASF, il correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R. 314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autres part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Dans ce cadre, lors de nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Il comprend :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente ;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier). ;
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

Pour les établissements n'ayant pas atteint la dotation cible, pour les années 2017 et 2023, une convergence en 7 ans vers le niveau de ressource cible (résultat de l'équation tarifaire) est mise en œuvre sans possibilité de modulation de ce principe de convergence pour la dotation soins (article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015).

A partir de 2018, par application de l'article R 314-160 du CASF, la part du forfait global relatif aux soins peut être modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon certaines conditions dudit article.

Durant la période s'étalant de 2018 et 2023, le seuil de déclenchement de la modulation variera en fonction de la situation de l'établissement.

Il est prévu trois situations :

- pour les établissements qui perçoivent 100% ou plus du résultat de l'équation tarifaire, le seuil de déclenchement de la modulation qui porte sur les financements versés au titre de l'hébergement permanent est de 95% ;
- pour les établissements qui perçoivent de 90% à 100% du résultat de l'équation tarifaire, le seuil de déclenchement de la modulation est de 90% en 2018, 91% en 2019, 92% en 2020, 93% en 2021, 94% en 2022 et 95% à compter de 2023 ;
- pour les établissements qui perçoivent moins de 90% du résultat de l'équation tarifaire, la modulation en fonction de l'activité ne s'applique pas.

A compter de 2024, tous les établissements percevront la totalité de leurs forfaits globaux soins, le seuil qui s'appliquera sera alors de 95% pour tous les établissements.

La possibilité de modulation concerne également les financements négociés dans le CPOM et qui constitue le forfait global de soins, à savoir les modalités d'accueil particulières (AJ, HT, UHR, ...) Les seuils de déclenchement correspondent aux moyennes régionales des taux d'occupation relatifs à ces modalités.

Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé.

- Le forfait global relatif à la dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

- La tarification de l'hébergement

Le financement des établissements et services du gestionnaire est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles R.314-39-1 à R.314-43-1 du CASF. Le contrat ne peut déroger aux règles d'établissement et de transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et d'un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

Ainsi, pour l'EHPAD « Les Claudi de Laly », la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat, soit 878 987 € pour la section hébergement.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul :

	Hébergement
Groupe 1	241 989 €
Groupe 2	466 387 €
Groupe 3	190 611 €
Total dépenses	898 987 €
- recettes en atténuation	20 000 €
- crédits non reconductibles	
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	
= Dotation globalisée initiale	878 987 €

Sur la base de cette dotation globalisée initiale, il est convenu d'appliquer la formule de revalorisation suivante :

Tarif N =

Base reconductible des tarifs (dotation globalisée initiale, puis N-1)

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

Augmentée ou diminuée des incidences des PPI autorisés

/ activité prévisionnelle

L'activité prévisionnelle sera calculée conformément à l'article R. 314-181 du code de l'action sociale et des familles.

3.1.2 Pour le Foyer de Vie

Le financement du Foyer de Vie « Les Clauds de Laly » est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12-2 et R.314-39 à R.314-43-1 du CASF. Le contrat ne peut déroger aux règles d'établissement et de transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et d'un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

- Modalités de fixation annuelle de la tarification :

Le contrat fixe par groupes fonctionnels le budget base zéro (BBZ) du Foyer de Vie « Les Clauds de Laly » (cf. annexe). Il prévoit également pour sa durée les modalités de fixation annuelle de la tarification.

En l'occurrence, il est convenu d'appliquer au BBZ annexé une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation :

Tarif N+1 =

Base reconductible des tarifs (BBZ la première année)

– dépenses rejetées CA N-1 ou N-2

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

– reprise éventuelle du résultat N-1 ou N-2
conformément aux dispositions du présent contrat

/ activité prévisionnelle

- Détermination de l'activité prévisionnelle retenue :

Le gestionnaire transmet, au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle. Dans un délai de 60 jours, le Conseil départemental peut transmettre ses observations sur ces prévisions.

3.2 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

3.2.1 Pour l'EHPAD

Dans le cadre du CPOM, le principe retenu est celui de la non reprise des résultats par les autorités de tarification.

Le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service.

Cependant, les résultats peuvent être affectés de manière globale puisque le bilan est commun au périmètre des structures du CPOM et donc de l'EPRD en règle générale (R.314-234 du CASF). Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire (sections hébergement/dépendance/soin) mais sur le résultat global du compte de résultat.

Il est convenu que les résultats excédentaires devront aller par ordre de priorité à :

- La réserve de compensation d'éventuels déficits ;
- La réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié à des investissements nouveaux selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI (si le PPI présente des surcoûts non couverts, les excédents devront être affectés en priorité à leur financement) ;
- La réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI.

Cette priorisation peut être revue sur la durée du CPOM.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire. Ils sont couverts, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat.

L'ARS et le Département conservent la possibilité de réformer le résultat (article R.314-236 du code de l'action sociale et des familles) s'ils constatent des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification peut tenir compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit.

3.2.2 Pour le Foyer de Vie

S'agissant des résultats, le principe retenu est celui de la non reprise des résultats par la ou les autorités de tarification.

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs et conformément aux règles d'affectation définies aux articles R 314-232 à 237.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service.

L'article R. 314-235 permet cependant, pour les établissements privés, une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

L'ARS et le Département conservent la possibilité de réformer le résultat (article R.314-236 du code de l'action sociale et des familles) si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat.

Ainsi, il est convenu que les résultats excédentaires seront affectés au regard des trois volets suivants mais prioritairement à la réserve de compensation jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la base reconductible de chaque établissement et en tout état de cause un montant de réserve égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM.

➤ Volet investissement :

- Affectation à la réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié au PPI validé dans le cadre de la négociation du contrat,
- Affectation à la réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI

➤ Volet Ressources humaines

3.3 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

Il n'existe pas de PPI à la date de signature du contrat. Dès lors que le gestionnaire en déposera un, il fera l'objet d'une approbation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ou/et du Conseil Départemental, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R314-20 du CASF et sera annexé au CPOM par voie d'avenant.

Toute révision importante du PPI, de son plan de financement ou des emprunts, lorsque ces modifications sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges de la section d'exploitation, font l'objet d'une approbation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ou/et du Conseil

Départemental, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R314-20 du CASF.

3.4 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM

Conformément aux dispositions du B du IV ter de l'article L 313-12 du CASF, et sans préjudice de l'article L315-14 du même code, le présent contrat peut intégrer un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

4) ENGAGEMENTS DE L'EPAC « LES CLAUDS DE LALY »

Le gestionnaire s'engage à :

- Atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité et taux d'occupation des places financées à un taux minimum de 90 % (établissements ARS) ;
- Respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP) ;
- Contribuer à la construction des parcours de vie sur le territoire avec des partenariats formalisés avec les institutions et professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, du service public de l'emploi, des bailleurs sociaux ;
- Motiver les refus d'admission à l'issue d'une décision d'orientation de la CDAPH prise dans le cadre d'un PAG ;
- Utiliser le futur SI suivi des orientations qui doit permettre de mieux suivre les orientations prononcées par la CDAPH ;
- Se positionner en tant que coordonnateur de parcours dans le cadre d'un PAG.

TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

5) LE SUIVI ET L'EVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) de la DGA-SP (Conseil départemental) ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Madame Corinne MOTHES, Directrice des Centres Hospitaliers de Bergerac, de Belvès et de l'EPAC « Les Clauds de Laly » à Villefranche-du-Périgord, assisté par le Directeur délégué de site, représentants de l'organisme gestionnaire.

Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

- Documents à produire :

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et financiers, revue des objectifs (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc.

Dans le cadre du dialogue de gestion, le gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 du CASF pour les établissements relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Cet EPRD est lié à la remise de documents de clôture budgétaire suivants :

- un Etat Réalisé des Recettes et de Dépenses (ERRD) au titre de l'exercice N-1 avec un état des charges et des produits de chaque établissement,
- une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retrace par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte,
- la décision d'affectation du résultat de l'exercice N-1,
- un rapport d'activité,
- le cas-échéant un Plan Pluriannuel d'investissement actualisé par structure et consolidé,
- un bilan sur la gestion et l'utilisation des produits financiers,

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où la date est fixée au 31 juillet N+1

A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.

- Les dialogues de gestion

En lieu et place de la procédure budgétaire contradictoire, un dialogue de gestion permettra de s'assurer de l'atteinte des objectifs contractualisés qui s'appuieront notamment sur le tableau de bord et les indicateurs de la performance et qui feront l'objet d'une annexe.

Un dialogue de gestion budgétaire pourra être envisagé annuellement, mais pas de façon systématique, et sous forme allégée.

Le comité de suivi se réunit à deux reprises au cours du contrat :

- A l'issue de la première année du contrat, pour un point d'avancement.
 - au cours de la troisième année, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires ; Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.
 - au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.
- Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

6) LE TRAITEMENT DES LITIGES

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'accord amiable, le différend pourra être porté devant la juridiction compétente.

7) LA REVISION DU CONTRAT

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision

prend la forme d'un avenant au CPOM. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

8) LA REVISION DU TERME DE LA CONVENTION TRIPARTITE PLURIANNUELLE PREEXISTANTE AU CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD signataires.

9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DU CPOM ET LA DUREE DU CPOM DE 5 ANS

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2018.

10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait le

La Directrice de la Délégation
Départementale de la Dordogne
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

Le représentant de l'établissement

LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires comme le corps du contrat.

➤ LISTE DES ANNEXES

Les annexes suivantes sont obligatoires et communes à tous les CPOM. Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM.

- ANNEXE N° 1-1 : DIAGNOSTIC – Foyer de Vie
- ANNEXE N° 1-2 : DIAGNOSTIC – EHPAD
- ANNEXE N° 2 : FICHES ACTION
- ANNEXE N° 3 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS
- ANNEXE N° 4 : ARRETES D'AUTORISATION
- ANNEXE N°5 : SYNTHÈSE ET ABREGÉ - EVALUATION EXTERNE
- ANNEXE N°6 : BBZ FOYER DE VIE

➤ CONTENU DES ANNEXES

ANNEXE N° 1-1 : DIAGNOSTIC – Foyer de Vie

DIAGNOSTIC PARTAGE ET DEVELOPPEMENT DES AXES STRATEGIQUES PREALABLES A LA CONTRACTUALISATION

I. DIAGNOSTIC COMMUN A TOUS LES ESMS (ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX)

PERIMETRE DU CPOM

N° FINESS	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Statut ou Convention Collective	Capacités autorisées et installées / files actives effectives à la date d'effet du CPOM
240013250	EHPAD Les Clauds Laly	Public	45
240003228	Foyer de vie « Les Clauds Laly »	Public	20 + 1

II. DIAGNOSTIC DE CHAQUE ETABLISSEMENT ET SERVICE COUVERTS PAR LE CPOM

Etablissement/ service Foyer de Vie

Activité (N-1)

Adapter en fonction des types d'ESMS

➤ Autorisation :

- 21 places autorisées au total dont, par mode d'accueil :
 - > internat : 20 places
 - > temporaire : 1 place
- catégorie de déficiences décrites dans l'autorisation : *personne handicapée vieillissante*

- Nombre de places installées et financées, et catégorie de déficiences du public effectivement accueilli (préciser s'il est nécessaire de revoir l'arrêté d'autorisation) ; commenter le cas échéant les éventuelles difficultés en matière de public accueilli et des déficiences prises en charge :

Le nombre de places installées est conforme à l'arrêté d'autorisation

Au regard de l'architecture du bâtiment, l'établissement ne peut accueillir des résidents fuyeurs, afin de garantir la sécurité de ces derniers.

➤ Activité : cf. tableau ci-dessous ; préciser par ailleurs le nombre de jours d'ouverture, les périodes de fermeture, les horaires d'ouverture ; le cas échéant préciser le détail par mode d'accueil ; le cas échéant, préciser les changements d'autorisation qui ont pu modifier l'activité sur les 3 dernières années.

Le foyer de vie est ouvert 7J/7, 24h/24, 365 jours par an

Le service n'a pas eu de changement d'autorisation sur les 3 dernières années.

Modalités de décompte de l'activité	Activité théorique en fonction du nbre de jours d'ouverture	Moyenne du nombre de journées réalisées sur les 3 dernières années	Taux d'occupation (nbre de journées réalisées/ nombre de journées autorisées)
Foyer de Vie - journées d'internat	7 300	7 142	97.84 %
Foyer de Vie – internat temporaire	365	91	24.93 %

➤ **Commentaires / Forces et Faiblesses Explication sur le niveau du taux d'occupation.**

l'inadéquation éventuelle de l'autorisation à l'activité effectivement réalisée.

Optimisation :

Forces et Faiblesses.

La population du foyer de vie devient très dépendante et pose la question du maintien de certains résidents dans la structure. Le renouvellement de la population est réalisable au regard du nombre de demandes pour intégrer le foyer de vie.

L'activité de la place temporaire est croissante en 2015 et 2016.

Afin d'anticiper le transfert de certains résidents en EHPAD, un projet « Passerelle » sera inscrit dans le projet d'établissement des Clauds Laly

➤ **Listes d'attente et constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :**

Indiquer le nombre de personnes en liste d'attente (à compter de la réalisation du diagnostic partagé) Indiquer les besoins de prise en charge repérés sur le territoire qu'ils correspondent à l'activité de l'ESMS ou qu'ils relèvent d'une prise en charge autre

Il n'existe pas de véritable liste d'attente actualisée mais une procédure d'admission informelle sans critère d'admission ou de classement.

Préciser si l'établissement a été sollicité par une prise en charge de personnes handicapées en attente de place et en situation complexe ? Si oui, expliquer le contexte, et les solutions apportées à la situation. :

➤ **Nombre de dérogations autorisées et en cours l'année de signature du CPOM**

Critères de dérogation	Nombre de dérogations	Observations
Nombre d'enfants	0	
Nombre d'adultes	0	
Age	0	
Profil de handicap	0	

Effectifs

➤ Tableau des effectifs budgétés au dernier CA :

EFFECTIF ACCORDE PAR DDSP		EFFECTIF REEL DU SERVICE		EFFECTIFS AU 31 DECEMBRE 2015			
GRADE	TOTAL POSTES	GRADE	TOTAL POSTES	POSTES	Hommes	Femmes	TOTAL
Directeur 0.25 (57% EHPAD 33 % Foyer)		Directeur 0.25 (57% EHPAD 33 % Foyer)					
AA Adjoint Administratif	1	AA Adjoint Administratif	1				
Educateur Spécialisé	1	Educateur Spécialisé	1				
I.D.E.	1	I.D.E.	1	Titulaires / Stagiaires	0	11	11
A.S. / A.M.P.	8	A.S. / A.M.P.	8	Contractuels : CDD/CDI	1	3	4
A.S.H.	2.10	A.S.H.	2.10	Psychologue	1	0	1
O.P.Q.	1	O.P.Q.	1	CAE	0	1	1
Psychologue	0.23	Psychologue	0.23				
Ergothérapeute	0	CAE	0.57				
Psychomotricien	0						
TOTAL	14.33	TOTAL	14.90	TOTAL	2	15	17

Commentaires :

Un mi-temps de nuit AMP est nécessaire pour assurer le roulement de nuit

➤ **GVT PREVISIONNEL SUR LA DUREE DU CPOM :**

	Année 1 2018	Année 2 2019	Année 3 2020	Année 4 2021	Année 5 2022	total
Nb total points (hors charges)	90 712	91 182	93 975	93 975	95 795	
Moins les points des personnes partant en retraite	0	0	454	0	358	
Plus les points des rentrants	0	0	440	0	355	
Total points	90 712	91 182	92 805	93 975	94 590	
Variation annuelle du nbre de points	0	0	-14	0	-3	
Hypothèse valeur de point	4.69	4.69	4.69	4.74	4.74	
Hypothèse taux de charge	49%	49%	49%	49%	49%	49%
Variation du nbre de points en €	0	0	-65.66	0	-14.22	

Les départs attendus seraient en fin d'année, impliquant un effet atténué par le GVT de l'établissement.

- Observations éventuelles sur l'adéquation des effectifs à l'accompagnement du public accueilli :

L'effectif de jour est adapté à l'accompagnement du public accueilli

- Observations éventuelles sur la qualification et l'ancienneté du personnel :

L'équipe du foyer de vie est composé de personnel jeune par rapport à l'EHPAD.

➤ **TAUX D'ABSENTEISME PAR CATEGORIE EMANANT DU BILAN SOCIAL
POUR CHACUNE DES 3 DERNIERES ANNEES :**

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme 2014	Taux d'absentéisme 2015	Taux d'absentéisme 2016
AS/AMP	25%	11%	10%
ASHQ	0	2%	20%
ED/PS	0	6%	0%
AA	0	35%	0%
CAE	3%	25%	14%

- **Modalités de travail (plage horaire et nombre de jours d'ouverture, annualisation,
accord RTT, temps annuel de travail...) :**

L'établissement assure la prise en soin des résidents 365 jours par an 24h sur 24. Les plages horaires sont de 7h30 ou de 7h40. Les agents de nuit travaillent en 10h

Le temps annuel de travail est de 1 547 heures pour les agents en journée et de 1 440 heures pour les agents de nuit.

Projection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite :

Catégorie et emploi des personnels	Remuneration	Date de départ à la retraite	Politique RH Remplacement ou Suppression du poste	Utilisation des marges de manœuvre
<u>ANNEE 2017 :</u>	0			
<u>ANNEE 2018 :</u>	0			
<u>ANNEE 2019 :</u> OPS	3 151.10 €	30/11/19	Remplacement	Atténuation GVT
<u>ANNEE 2020 :</u>	0			
<u>ANNEE 2021 :</u> ASHQ	1 987.53 €	30/11/21	Remplacement	Atténuation GVT
	5 138.63 €			
TOTAL				

Politique de formation :

Année N-1 : 2016 Spécifique Foyer de Vie

	Formation n°1 Alzheimer et démence non soignant	Formation n°2 Accompagne ment fin de vie	Formation n°3 Bientraitance	Formation n°4 Hygiène Bucco- dentaire	Formation n°5 vieillessement de la personne handicapée
Durée en jour	2	3.5	2	1	2
Qualification	AS / ASHQ Soins	AS / ASHQ Soin	AS / ASHQ Soin	AS / ASHQ Soin	AS / ASHQ Soin
Nbre de personnes formées	2	4 (dont 2 du foyer de vie)	2	12 (dont 1 du foyer de vie)	5
Coût	300.00 €	1 098.81 €	516.55 €	1 755.58 €	1 860.00 €

Plan de formation commun au Foyer de vie et à l'EHPAD 2016

Intitulé de la formation	Durée JOURS	Nb de personnes formées	Nb de personnes du Foyer de vie	COUT
Formation CTE CGT	5	1		2 042.80 €
Alzheimer et démence non soignant	2	2		300.00 €
Accompagnement fin de vie	3.5	2		620.49 €
Accompagnement fin de vie	3.5	2		478.32 €
Manutention des personnes et prévention TMS	2.5	2		537.80 €
Manutention -Gestes et Postures	1	12	3	460.00 €
Alzheimer et démence soignant	3	2	1	518.00 €
Bientraitance	2	2		516.55 €
Gestion du stress	3	2	1	387.75 €
Prise en charge de la douleur	3	2		997.92 €
Habilitation électrique initial	2	1		475.44 €
Gestion e-financière (logiciel compta)	1	2	1	890.30 €
Prise en charge de la douleur	3	2		934.70 €
Toucher massage dans le soin auprès des personnes âgées et handicapées	3	2	1	615.24 €
vieillessement de la personne handicapée	2	5	4	1 860.00 €
HACCP	1	12		900.00 €
responsabilité des personnels et des établissements de santé	1	5	3	930.00 €
Réactualisation des connaissances des AS	2	2	1	441.47 €
Tutorat AS/IDE	2	2	1	512.16 €
Sauveteur Secouriste du Travail				303.70 €
Transmissions ciblées	2	11	2	1 800.00 €
Accompagnement des pathologies psychiatriques	2	4	2	801.60 €
Hygiène des locaux	1	3	1	363.00 €
PSI	1	4	1	1 020.00 €
Formation Incendie	1	50	11	
gestion des conflits	2	12		2 237.00 €
hygiène bucco-dentaire	1	12		1 755.58 €

Année N-2 : 2015 spécifique foyer de vie

	Formation n°1 Accompagnement de fin de vie	Formation n°2 Manutention des personnes et prévention TMS	Formation n°3 Maladie d'Alzheimer et troubles	Formation n°4 Travail de nuit
Durée	3	2	2	2
Qualification	AS /ASH	AS/ASH		AS/ASH
Nbre de personnes formées	8 (dont 4 du foyer de vie)	2	3	2 (dont 1 du foyer de vie)
Coût	2700.00€	346.08 €	543.39€	456.48€

Plan de formation commun au Foyer de vie et à l'EHPAD 2015

T	NBRE DE	NBRE DE	Nb de personnes du	COUT
RABC	1	1		135.72 €
Maladie Alzheimer et troubles apparenté	2	3		543.39 €
Accompagner les pathologies psychiatriques	2	3	2	496.36 €
AFGSU niveau 2	3	1		725.90 €
Manutention des personnes et préventions	2	2		346.08 €
Geste d'urgence	1	2	2	202.24 €
Gestion du stress niveau 2	2	2	3	530.04 €
Travail de nuit	2	2		456.48 €
Réactualisation des connaissances AS	2	1		215.04 €
Gestion de la douleur	3	2		596.40 €
AFGSU initial niveau 1	1.	2		520.15 €
SST recyclage	1	1		183.65 €
Formation assistant de soins en gérontologie	2	1		2 391.80 €
SSIAP 1 RECYCLAGE	2	1		394.50 €
HACCP	1		3	900.00 €
Améliorer le traitement local des plaies	2	1	1	372.15 €
Ergonomie geste et posture manutention	1			900.00 €
Le toucher massage des PA ou handicapées	2	4	2	819.60 €
transmissions ciblées	2			1 800.00 €
Accompagnement fin de vie	3	8		2 700.00 €
Améliorer la prise en charge de la douleur chez la personne âgées	2	1		292.15 €
Entretien Professionnel	2	1		525.40 €
Formation PERSE	2	1		500.00 €
Gestes d'urgence - premier secours	2	11	1	840.00 €
Gestion du stress au quotidien	2			2 040.00 €
PSI	1		1	1 020.00 €
Accompagnement des personnes handicapés vieillissantes, évolution	2	5	5	1 860.00 €
Prévention et le traitement du pied	1	1		124.05 €
Gestion des tensions des conflits	2	11		2 197.00 €
activités manuelles public handicapés	2	5	5	1 860.00 €
Hygiène bucco-dentaire	1	3		1 755.58 €

Année N-3 : 2014 spécifique Foyer de vie

	Formation n°1 Alzheimer et démences	Formation n°2 Manutention	Formation n°3 Douleur	Formation n°4 Violence et agressivité
Durée	3	2	3	2
Qualification	AS/ASH	AS/ASH	AS/ASH	AS/ASH
Nbre de personnes formées	2	2	3	2
Coût	688.62€	633.00€	728.18€	379.14€

Plan de formation commun au Foyer de vie et à l'EHPAD 2014

Intitulé de la formation	Durée JOURS	Nb de person nes	Nb de personnes du Foyer de vie	C O
Toucher Relationnel	2 jours	2 personnes		579.14 €
Manutention	2 jours	2 personnes		633.00 €
Violence et Agressivité	2 jours	2 personnes		379.14 €
AFGSU niveau 1	3 jours	2 personnes	1	755.60 €
Alzheimer et démence	3 jours	2 personnes		688.62 €
Gestes d'urgence	1 jour	2 personnes	1	202.66 €
Gestes d'urgence	1 jour	2 personnes		213.54 €
AFGSU	3 jours	2 personnes		755.60 €
Réactualisation des connaissances AS	2 jours	1 personne	1	256.04 €
Gestion du stress	3 jours	2 personnes		711.66 €
Gestion de la douleur	2 jours	2 personnes		412.59 €
Accompagnement fin de vie	3 jours	2 personnes	1	575.23 €
Gestion du stress	3 jours	2 personnes	1	703.98 €
Gestion du stress	3 jours	2 personnes		746.12 €
Douleur	3 jours	3 personnes		728.18 €
Hygiène dans les services : Démarche	1 jour	12	2	900.00 €
Ergonomie geste de posture	1 jour	12		900.00 €
Toilette relationnelle	3 jours	5 personnes	5	2 775.00 €
Améliorer la communication non verbale par le toucher	1 jour	2 personnes	2	160.00 €
Le toucher massage dans le soin auprès des personnes âgées	1 jour	2 personnes	2	320.00 €
Savoir gérer les conflits			5	3 500.00 €
Transmission des informations	2 jours	12		1 800.00 €
Utilisation Planiciel	1 jour	3 personnes		- €
Utilisation PSI		8 personnes	3	1 080.00 €

GRANDES ORIENTATIONS EN MATIERE DE FORMATION

La formation continue permet aux agents de renforcer leurs compétences au regard de la population accueillie et des besoins émergents tel que le vieillissement des personnes souffrants de pathologies psychiatrique.

De même, cet outil managérial est utilisé afin de prévenir les TMS (gestes et postures) et les risques psycho- sociaux (gestion des conflits).

POINTS FORTS OU DIFFICULTES DIVERSES (MOUVEMENTS DE PERSONNELS, PROBLEMES DE

recrutement, GVT...) constatés en matière de ressources humaines sur les 3 dernières années
:

Point fort :

Mutualisation des équipes en cas d'arrêt de courtes durées et disponibilité des agents. Le GVT est faible sur le foyer de vie, réduisant le risque d'absentéisme pour maladie.

EVALUATION DES RISQUES POUR LA SECURITE ET LA SANTE DES TRAVAILLEURS : FAIRE UNE SYNTHESE DU DOCUMENT UNIQUE D'EVALUATION DES RISQUES EN TERMES DE POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES (Y COMPRIS VOLET RISQUE PSYCHO-SOCIAUX LE CAS-ECHEANT)

L'établissement va travailler en partenariat avec le CH de Belvès sur l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs au regard des similitudes entre ces deux structures.

Les principaux risques concernent : les TMS et les lombalgies au regard des arrêts maladies sur les AMP et ASHQ. Pour cela, des formations sur la manutention ont été réalisées sur plusieurs années.

LOCAUX ET EQUIPEMENTS

Degré de vétusté des locaux, problème d'accessibilité, éventuellement projets

d'investissement en cours de réflexion ou de mise en œuvre (mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction) :

Des travaux ont été entrepris en 2016, afin de mettre aux normes accessibilités les locaux de la structure. Les escaliers sont aux normes.

- le coût éventuel des travaux liés à l'accessibilité : travaux sur 6 ans
- la réalisation du diagnostic accessibilité : oui

REMARQUES EVENTUELLES SUR LES EQUIPEMENTS :

L'établissement possède de nombreux équipements vétustes, générant des pannes récurrentes : chaudière bois ; présence de zones d'ombres dans certains locaux sur les téléphones internes...

Des investissements importants sont à anticiper sur les prochaines années.

EXISTENCE DU PLAN BLEU :

Oui

Présence d'une salle rafraîchie.

MISE EN PLACE DES OUTILS DE LA LOI 2002-02 ET QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Préciser leur existence et commenter de manière synthétique le contenu, les modalités de gestion/d'utilisation de ces outils, et donner la date de la dernière mise à jour

➤ Projet d'établissement (art. L.311-8 CASF ; préciser les dates et les objectifs fixés) :

Projet d'établissement 2011-2015

Le nouveau projet d'établissement devra être produit et validé d'ici la fin de cette année en tenant compte des observations du rapport de contrôle effectué par les services du Conseil départemental en mai 2016 et dans le cadre d'une démarche participative ouverte à tous les professionnels et pas seulement les cadres.

➤ Livret d'accueil (art. L.311-4) :

Existant mais à corriger en tenant compte des observations du rapport du contrôle effectué par les services du Conseil départemental en mai 2016.

➤ Règlement de fonctionnement (art. L.311-7 CASF) :

Existant et donné avec le livret d'accueil

➤ DIPEC (Document individuel de prise en charge) OU Contrat de séjour OU contrat de soutien et d'aide par le travail dans les ESAT (art L.311-4 CASF) :

Le dossier patient recense les habitudes de vie du résident, ses besoins en soins, le plan de soin, les animations, les directives anticipées.

Le contrat de séjour est à retravailler en tenant compte des observations du rapport du contrôle effectué en mai 2016 notamment s'agissant des critères d'exclusion.

➤ Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation (art.L.311-6) ; préciser nombre de réunions par an sur les 3 dernières années et fournir les 3 derniers procès-verbaux. Participation effective des usagers à cette instance

Le Conseil de Vie sociale s'est réuni de façon irrégulière sur les trois dernières années :

- 2 fois en 2014
- 3 fois en 2015
- 1 fois en 2016

Cette instance est à réactiver pour respecter l'obligation de se réunir au moins 3 fois par an.

Les représentants des usagers pour le Foyer de vie participent activement aux débats. Le président du CVS, résident au Foyer de Vie réalise pleinement son rôle de porte-parole des résidents.

Depuis le 20 septembre 2016, un CVS spécifique au Foyer de vie est mis en œuvre, afin de favoriser l'expression des résidents.

➤ La charte des droits et libertés de la personne accueillie :

Affichée dans l'établissement et présente dans le livret d'accueil

QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE – FOURNIR LE PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

➤ Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement :

Il n'y a pas de PACQ. Le foyer avait produit un document de synthèse réalisé en 2012 suite à l'évaluation interne mais qui n'a pas été mis à jour. Il convient de matérialiser la démarche qualité afin d'en faciliter son appropriation par l'ensemble de l'équipe.

Formation du personnel en interne et dans le cadre de la formation continue. L'élaboration de protocoles et procédures participe à la prévention de la bientraitance. Mais les procédures sont à réactualisées. Certaines sont très anciennes voire obsolètes.

Information sur ce que peut être un acte de maltraitance.

Une formation sur les déclarations d'acte de maltraitance a été réalisée.

Afin de faciliter les déclarations éventuelles d'acte de maltraitance, les coordonnées de l'ALMA 24 sont affichées dans l'établissement.

➤ Actions mises en place pour l'accès aux actions de prévention et l'accès aux soins (protocoles interne, actions d'éducation à la santé, dépistages, accès aux soins -santé buccodentaire, et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux -...)

Afin de favoriser l'accès à une prise en charge ophtalmique, une convention avec un opticien est en cours d'élaboration pour permettre l'évaluation de la vision de résidents le souhaitant, dans les locaux du foyer de vie.

La présence à proximité du Foyer de vie d'une maison de santé favorise l'accès aux spécialistes tels que le dentiste. De même, une formation sur la santé bucco-dentaire a été suivie par 12 agents en 2015.

- Actions mises en place pour la promotion de la qualité de vie et du bien-être (intégration dans le milieu ordinaire, accès aux loisirs et à la citoyenneté, information et accompagnement des familles...)

Afin de maintenir les liens avec l'entourage du résident, des échanges téléphoniques entre l'équipe paramédicale et les familles ou tuteurs sont réalisés.

La participation des résidents aux sorties animation, notamment lors des fêtes locales favorise leur intégration dans la vie de la cité.

L'existence du CVS et du projet de vie individualisé place le résident en tant que citoyen de la structure. Problème : il n'y a eu qu'un seul CVS en 2016.

➤ Evénements indésirables

Mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des événements indésirables (fuite, chutes, ...) et de signalement de cas de maltraitance :

Oui.

Afin de favoriser les signalements d'événements indésirables, une charte de confiance a été diffusée auprès des équipes.

Signature du protocole de signalement des événements indésirables avec l'ARS (oui /non / commentaires) :

Oui. Les événements graves sont systématiquement signalés à l'ARS (erreur de médicament...) et au Conseil Départemental.

Nécessité d'actualiser la procédure pour intégrer l'obligation de signalement au CD.cf. rapport du contrôle effectué en mai 2016.

VOLET MEDICAL

☐ Projet de soins

Le projet de soins du résident s'articule sur les axes suivants :

- Respect des habitudes de vie dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne (bio-psycho- sociale)
- Maintien de l'autonomie
- Suivi et éducation thérapeutique
- L'animation comme outil de soins
- L'accompagnement éducatif (cœur du projet au sein du Foyer de vie)

Dans le cadre du travail autour du prochain projet d'établissement, il convient de mieux travailler l'articulation, la coordination entre Projet personnalisé et le projet de soins et au-delà entre l'équipe éducative et l'IDE

➤ Protocoles médicaux mis en place

Différents protocoles sont réunis dans un classeur à la connaissance de tous les agents. Les protocoles couvrent la totalité de la prise en charge globale des résidents. Chaque agent paraphe une feuille d'émargement attestant qu'il a bien pris connaissance des documents. Ces protocoles sont régulièrement réévalués.

➤ Présence d'un défibrillateur : NON

➤ Mode d'accompagnement psychiatrique en place dans les ITEP

Une convention avec le service de psychiatrie du centre hospitalier de Sarlat permet l'intervention au sein de la structure d'une infirmière de secteur.

➤ Education pour la santé, place de la prévention dans la prise en charge

La prévention primaire des risques d'escarre est effective au travers : la surveillance du poids, de l'alimentation.

☑ Projet individuel de prise en charge

Ce projet s'articule autour de l'administration et la surveillance de la prise des traitements. Une surveillance des constantes est effective chez les personnes à risques.

➤ Place des infirmiers et des médecins dans la prise en charge globale des personnes accueillies

Présence infirmière de 7h30 à 19h30 en semaine et de 7h30 à 12h30 et 16h00 -18h30 le weekend et les jours fériés.

➤ Circuit du médicament :

Attention point de vigilance du rapport d'évaluation externe : renforcer la traçabilité du médicament et envisager un travail en concertation avec l'IDE

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments - Projet en cours : conventionnement avec la pharmacie de ville de Villefranche du Périgord pour la production des piluliers des médicaments ; - L'administration des médicaments - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ; - L'informatisation du circuit du médicament (prescription, dispensation, administration) ; La prévention des erreurs médicamenteuses (déclaration et analyse pédagogique des causes).	70% des prescriptions médicales sont informatisées. La préparation des piluliers est assurée par 1 infirmière, ainsi que l'administration. L'horaire d'après-midi des infirmières ont été modifiés pour assurer la présence d'une IDE lors de la distribution des traitements lors du repas du soir. Il existe des armoires sécurisées, coffre à toxiques. La livraison des médicaments est faite par la pharmacie locale dans des sachets fermés, individuels et nominatifs. Les toxiques sont remis en main propre aux IDE. En cas d'erreur de préparation ou d'administration, un signalement est réalisé auprès du cadre de santé, du médecin et de la direction. L'établissement souhaite mettre en place une convention avec une pharmacie de ville pour la préparation des piluliers, afin d'augmenter la sécurisation du circuit.

Diagnostic budgétaire et financier

Analyse budgétaire et financière, par ESMS, des trois derniers comptes administratifs validés par le CD.

N.D (le foyer de vie est financé à 100% par le Conseil Départemental)

PRINCIPAUX INDICATEURS ECONOMIQUES

N-1 2016

ESMS FdV	N-1	N-2	N-3
Total Groupes de recettes	864 490.57	869 153,62	843 971,31
Groupe 1	842 914.83		
Groupe 2	21 034.01		
Groupe 3	541.73		

Les recettes du groupe 1 sont supérieures aux prévisions suite à une hausse du nombre de journées réalisées

Synthèse groupes de dépenses

- Les charges d'exploitation : *commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ...*
- Groupe 1 : *commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ...* Des économies sur les achats non stockés de matières et fournitures de près de 2 800 euros ont permis de réduire le niveau des dépenses
- Groupe 2 : *commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier*
Le recours à la mutualisation entre les deux services (EHPAD et Foyer de Vie) a limité le recours au remplacement de personnel, permettant de réduire les dépenses de groupe 2.
- Groupe 3 : *commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier*

ESMS FdV	N-1	N-2	N-3
Total Groupes de dépenses	831 085,00	850 758,35	813 749,95
Groupe 1	162 139,93		
Groupe 2	562 688,83		
Groupe 3	106 256,24		

RESULTATS A AFFECTER :

ESMS FdV	N-1	N-2	N-3
Recettes	864 490,57	869 153,62	843 971,31
Dépenses	831 085,00	850 758,35	813 749,95
Net	33 405,57	18 395,27	30 221,36
Retraitements comptables (variations congés payés, reprises...)	64 457,46 €	32 600,00 €	46 062,19 €
Résultat à affecter	33 405,57	18 395,27	30 221,36

- Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2
 - Confère COMPTE DE GESTION 2015.

PLAN PLURIANNUEL D'INVESTISSEMENT :

OUI NON

Commentaires :

L'établissement ne produit pas à ce jour de plan pluriannuel d'investissement.

ANNEXE N° 1-2 : DIAGNOSTIC – EHPAD

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

EHPAD « Les Clauds de Laly » - Villefranche du Périgord

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM

FINESSE	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Statut public/privé	Capacités autorisées à la date d'effet du CPOM	Capacités installées à la date d'effet du CPOM	Dotation Globalisée Commune (2016)
240013250	EHPAD Les Clauds de Laly	Public	45	45	1 720 433,98 €
TOTAL					1 720 433,98 €

2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

Les données ci-après sont à compléter par l'ensemble des structures, car non issues des tableaux de bord ou non développées par ces derniers.

2.1. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM

Contrairement au but des conventions tripartites, qui était de contractualiser individuellement, il figure parmi les principaux enjeux des CPOM de permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

2.1.1. Evaluations internes et externes

L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe doivent être annexés au CPOM.

Evaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD Les Clauds de Laly	05/02/2014	31/12/2021

Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD Les Clauds de Laly	29/01/2015	31/12/2013

Préciser les éléments positifs, issus des évaluations ou non, pouvant être transposés aux ESMS du CPOM :

ESMS couverts par le CPOM	Eléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS
EHPAD Les Clauds de Laly			

2.1.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		
Une équipe mobile de gériatrie		X	
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		
Une ou plusieurs officines de pharmacie		X	En cours
Un établissement de santé			
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		
Un réseau de soins palliatifs		X	
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		X	
Un cabinet dentaire		X	
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA		X	
Autres			

La participation de l'EHPAD au GHT est-elle envisagée (EHPAD publics) ?

La Direction est favorable à la participation des Clauds Laly au GHT

2.1.3. Politique des ressources humaines

Principaux axes de la politique des ressources humaines du gestionnaire

ESMS couverts par le CPOM	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
EHPAD Les Clauds de Laly	Mutualisation des équipes en cas d'arrêt de courtes durées et disponibilité des agents.	La taille des équipes fait que l'absentéisme est fortement ressenti par les agents. Le GVT est important sur l'EHPAD, ce qui va générer dans les prochaines années de l'absentéisme pour maladie.	

Commentaires EHPAD :

- ✓ Afin d'assurer le roulement de deux agents la nuit, dont un AS, l'établissement nécessite un mi-temps de nuit AS sur la structure.

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Eléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	X				
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?		X			
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?		X			
Adéquation du personnel aux missions ?	X				

Commentaires EHPAD :

- ✓ L'établissement nécessite pour la nuit, un demi-poste d'AMP ou d'Aide-Soignant, afin d'assurer pleinement le roulement sur l'année (hors arrêt maladie).
- ✓ L'équipe de l'EHPAD est stable, les départs sont essentiellement générés par le non renouvellement de contrat et les départs à la retraite. Le personnel possède les qualifications nécessaires à la bonne prise en soin des résidents.

Politique de formation :

Année N-1 : 2016

	Formation n°1 Alzheimer et démence non soignant	Formation n°2 Accompagnement fin de vie	Formation n°3 Bienveillance	Formation n°4 Hygiène Bucco- dentaire	Formation n°5 vieillesse de la personne handicapée
Durée en jour	2	3.5	2	1	2
Qualification	AS / ASHQ Soin	AS / ASHQ Soins	AS / ASHQ Soins	AS / ASHQ Soins	AS / ASHQ Soins
Nbre de personnes formées	2	4	2	12	5
Coût	300.00 €	1 098.81 €	516.55 €	1 755.58 €	1 860.00 €

Intitulé de la formation	Durée JOURS	Nb de personnes formées	COUT
Formation CTE CGT	5	1	2 042.80 €
Alzheimer et démence non soignant	2	2	300.00 €
Accompagnement fin de vie	3.5	2	620.49 €
Accompagnement fin de vie	3.5	2	478.32 €
Manutention des personnes et prévention TMS	2.5	2	537.80 €
Manutention -Gestes et Postures	1	12	460.00 €
Alzheimer et démence soignant	3	2	518.00 €
Bientraitance	2	2	516.55 €
Gestion du stress	3	2	387.75 €
Prise en charge de la douleur	3	2	997.92 €
Habilitation électrique initial	2	1	475.44 €
Gestion e-financière (logiciel compta)	1	2	890.30 €
Prise en charge de la douleur	3	2	934.70 €
Toucher massage dans le soin auprès des personnes âgées et handicapées	3	2	615.24 €
vieillessement de la personne handicapée	2	5	1 860.00 €
HACCP	1	12	900.00 €
responsabilité des personnels et des établissements de santé	1	5	930.00 €
Réactualisation des connaissances des AS	2	2	441.47 €
Tutorat AS/IDE	2	2	512.16 €
Sauveteur Secouriste du Travail			303.70 €
Transmissions ciblées	2	11	1 800.00 €
Accompagnement des pathologies psychiatriques	2	4	801.60 €
Hygiène des locaux	1	3	363.00 €
PSI	1	4	1 020.00 €
Formation Incendie	1	50	
gestion des conflits	2	12	2 237.00 €
hygiène bucco-dentaire	1	12	1 755.58 €

Année N-2 : 2015

	Formation n°1 Accompagnement de fin de vie	Formation n°2 Manutention des personnes et prévention TMS	Formation n°3 Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés	Formation n°4 Travail de nuit
Durée	3	2	2	2
Qualification	AS /ASH	AS/ASH		AS/ASH
Nbre de personnes formées	8	2	3	2
Coût	2700.00€	346.08 €	543.39€	456.48€

THEMES	NBRE DE JOURS	NBRE DE PERSONNES	COUT
RABC	1	1	135.72 €
Maladie Alzheimer et troubles apparenté niveau 1	2	3	543.39 €
Accompagner les pathologies psychiatriques	2	3	496.36 €
AFGSU niveau 2	3	1	725.90 €
Manutention des personnes et préventions TMS	2	2	346.08 €
Geste d'urgence	1	2	202.24 €
Gestion du stress niveau 2	2	2	530.04 €
Travail de nuit	2	2	456.48 €
Réactualisation des connaissances AS	2	1	215.04 €
Gestion de la douleur	3	2	596.40 €
AFGSU initial niveau 1	1.5	2	520.15 €
SST recyclage	1	1	183.65 €
Formation assistant de soins en gérontologie	20	1	2 391.80 €
SSIAP 1 RECYCLAGE	2	1	394.50 €
HACCP	1		900.00 €
Améliorer le traitement local des plaies chroniques	2+1	1	372.15 €
Ergonomie geste et posture manutention	1		900.00 €
Le toucher massage des PA ou handicapés	2	4	819.60 €
transmissions ciblées	2		1 800.00 €
Accompagnement fin de vie	3	8	2 700.00 €
Améliorer la prise en charge de la douleur chez la personne âgée	2	1	292.15 €
Entretien Professionnel	2	1	525.40 €
Formation PERSE	2	1	500.00 €
Gestes d'urgence - premier secours	2	11	840.00 €
Gestion du stress au quotidien	2		2 040.00 €
PSI	1		1 020.00 €
Accompagnement des personnes handicapés vieilles, évolution des pathologies	2		1 860.00 €
Prévention et le traitement du pied diabétique	1	1	124.05 €
Gestion des tensions des conflits	2	11	2 197.00 €
activités manuelle public handicapés	2		1 860.00 €
Hygiène bucco-dentaire	1	3	1 755.58 €

	Formation n°1 Alzheimer et démences	Formation n°2 Manutention	Formation n°3 Douleur	Formation n°4 Violence et agressivité
Durée	3	2	3	2
Qualification	AS/ASH	AS/ASH	AS/ASH	AS/ASH
Nbre de personnes formées	2	2	3	2
Coût	688.62€	633.00€	728.18€	379.14€

Intitulé de la formation	Durée JOURS	Nb de personnes formées	COUT
Toucher Relationnel	2 jours	2 personnes	579.14 €
Manutention	2 jours	2 personnes	633.00 €
Violence et Agressivité	2 jours	2 personnes	379.14 €
AFGSU niveau 1	3 jours	2 personnes	755.60 €
Alzheimer et démence	3 jours	2 personnes	688.62 €
Gestes d'urgence	1 jour	2 personnes	202.66 €
Gestes d'urgence	1 jour	2 personnes	213.54 €
AFGSU	3 jours	2 personnes	755.60 €
Réactualisation des connaissances AS	2 jours	1 personne	256.04 €
Gestion du stress	3 jours	2 personnes	711.66 €
Gestion de la douleur	2 jours	2 personnes	412.59 €
Accompagnement fin de vie	3 jours	2 personnes	575.23 €
Gestion du stress	3 jours	2 personnes	703.98 €
Gestion du stress	3 jours	2 personnes	746.12 €
Douleur	3 jours	3 personnes	728.18 €
Hygiène dans les services : Démarche HACCP	1 jour	12 personnes	900.00 €
Ergonomie geste de posture	1 jour	12 personnes	900.00 €
Toilette relationnelle	3 jours	5 personnes	2 775.00 €
Améliorer la communication non verbale par le toucher	1 jour	2 personnes	160.00 €
Le toucher massage dans le soin auprès des personnes âgées handicapées	1 jour	2 personnes	320.00 €
Savoir gérer les conflits			3 500.00 €
Transmission des informations	2 jours	12 personnes	1 800.00 €
Utilisation Planiciel	1 jour	3 personnes	- €
Utilisation PSI		8 personnes	1 080.00 €

Commentaires EHPAD :

- ✓ La formation continue permet aux agents de renforcer leurs compétences au

regard de la population accueillie et des besoins émergents tel que les troubles démentiel et l'accompagnement en fin de vie.

- ✓ De même, cet outil managérial est utilisé afin de prévenir les TMS (gestes et postures) et les risques psycho- sociaux (gestion des conflits).

Projection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite

	Année 1 2017	Année 2 2018	Année 3 2019	Année 4 2020	Année 5 2021	total
Nb total points	170 529	171 854	92 805	169 860	94 593	
Moins les points des personnes partant en retraite	0	0	617	0	461	
Plus les points des rentrants	0	0	558	0	437	
Total points	170 529	171 854	184 415	169 860	170 241	
Variation annuelle du nbre de points	0	0	-59	0	-24	
Hypothèse valeur de point	4.69	4.69	4.69	4.74	4.74	
Hypothèse taux de charge	49%	49%	49%	49%	49%	49%
Variation du nbre de points en €	0	0	276.71	0	-113.76	

Les départs à la retraite s'effectueraient en fin d'année, générant un gain de point sur un mois.

2.1.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?

Commentaires EHPAD :

- ✓ L'établissement va travailler en partenariat avec le CH de Belvès sur l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs au regard des similitudes entre ces deux structures.
- ✓ Les principaux risques concernent : les TMS et les lombalgies au regard des arrêts maladies sur les AS et ASHQ. Pour cela, un lève-malade a été renouvelé, afin d'améliorer son usage et des formations sur la manutention ont été réalisées sur plusieurs années.

2.1.5. Innovations en santé

- Un environnement sécurisé connecté est-il mis en place (*Ex : systèmes de détection du coucher, thérapies non-médicamenteuses pour les troubles cognitifs et comportementaux*) ?
- Autres actions innovantes (*Ex : développement de la domotique, Silver Economie...*) ?

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à **remplir pour chaque structure**. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données.

Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

a) Données de caractérisation

Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif global/partiel*) : tarif partiel
- Modalités de tarification (*avec ou sans PUI*) : avec PUI
- Autorisation spécifique (*UHR / Unité Spécifique Alzheimer / PASA / ESA*) : aucune

Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : Oui

Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent / hébergement temporaire/accueil de jour*) : 45 hébergement permanent
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : 45
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance : Oui

Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : Non
- Organisation comprenant un pool de remplacement : Non
- Nature du diplôme du Directeur : Diplôme niveau 1 – Corps des DH (Directeurs d'Hôpital)

Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : Oui
- Accès à un groupe électrogène : Oui en propre

- Nombre de chambres individuelles : 39
- Organisation des transports accueil de jour : mixte
- Plateau technique/Equipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) : Salle de soins

Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : Oui
- Partenariat avec un réseau de santé : Oui
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale : Oui
- Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) : équipe mobile de soins palliatifs/équipe mobile gériatrique/équipe de secteur psychiatrique

b) Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes (axe n° 1)

Les profils des personnes accompagnées correspondent-ils aux missions de l'ESMS ?

- Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation en % : 0,00 %

Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

- Dernier GMP connu : 719
- Dernier GMP validé : 719
- Dernier PMP connu : 178
- Dernier PMP validé : 178

Quel est le positionnement de l'ESMS dans le parcours de la personne accompagnée ?

- Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination (hors accompagnement ou hébergement temporaire) en %
 - 81,82 % : sorties par décès
 - 18,18 % : sorties suite à réorientation vers un autre ESMS

- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en % : 1,23 %

Quel est le niveau d'activité de l'ESMS ?

- Taux d'occupation en % (*nb journée réalisées/nb journée théoriques*) : 99,80 %

Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS

- Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %
(*Nombre d'admissions dans l'année/ Nombre de lits et de places financés*) : 31,11 %

c) Ressources humaines (axe n° 2)

Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier ?

- Taux d'ETP vacants au 31/12 : 16,54 %

- Taux de prestations externes : 5,27 %

L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) : 10,56 %
- Taux d'absentéisme par motif :
 - 5,32 % pour maladie ordinaire
 - 3,31 % pour maladie de longue durée
 - 1,17 % pour maternité/paternité
 - 0,22 % pour accident de travail/maladie professionnelle
 - 0,54 % pour congés spéciaux dont les congés sans solde

d) Finances et budget (axe n° 3)

Ces données sont à extraire du dernier compte administratif validé.

Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?

- Taux d'atteinte des prévisions des recettes : 104,72 %
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 97,87 %

Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?

- Taux de CAF : 8,95 %
- Taux de vétusté des constructions : 41,11 % (global EHPAD-FO, fin 2015)
- Taux d'endettement : 68,09 %
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes : 54,89 jours

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ?

- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) :
 - Groupe 1 : Produits de la tarification et assimilés : 92,13 %
 - Groupe 2 : Autres produits relatifs à l'exploitation : 5,21 %
 - Groupe 3 : Produits financiers et produits non encaissables : 2,66 %
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) :
 - Groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation courante : 18,19 %
 - Groupe 2 : Dépenses afférentes au personnel : 64,55 %
 - Groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure : 17,25 %

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
 - Section hébergement : 53,87 %
 - Section dépendance : 16,12 %
 - Section soins : 30,01 %
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
 - Section hébergement : 54,56 %
 - Section dépendance : 16,11 %

- Section soins : 29,33 %
- Taux d'utilisation de la dotation en soins : 99.66 % en 2015
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins :
 - dépenses de personnel : 93,47 %
 - dépenses de prestation et fournitures médicales et paramédicales : 1,53 %
 - dépenses de matériel médical : 5,00 %

e) Objectifs : quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ? (axe n° 4)

Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe

- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne (EI) : évaluation interne transmise aux autorités de contrôle et de tarification le 5 février 2014
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : évaluation externe transmise aux autorités de contrôle et de tarification le 29 janvier 2015

Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ?

- Commentaires sur la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS :
(Sur la base des données fournies dans le tableau de bord de la performance)
 - ✓ Il n'existe pas de schéma directeur formalisé des systèmes d'information, pas de budget défini, mais la direction s'implique dans l'élaboration de la politique en matière de système d'information, ainsi que dans sa mise en œuvre.
 - ✓ L'ensemble des professionnels disposent d'un accès à un ordinateur.
 - ✓ Les domaines suivants sont couverts par le système d'information de l'établissement : la gestion de la paie, la gestion comptable, budgétaire et financière, le suivi des tableaux de bord transversaux, la facturation, les dossiers de l'utilisateur, la gestion des admissions.
 - ✓ La gestion des stocks et des approvisionnements n'est pas couverte par le système d'information de l'établissement.

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

EHPAD Les Clauds de Laly	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation			
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes			
Axe n°2 : Ressources humaines		GPEC à mettre en œuvre	
Axe n°3 : Finances et budget	Résultats consolidés positif sur toutes les sections		
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?			L'établissement est à jour dans la démarche

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.1. Activité - EHPAD Villefranche du Périgord

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA 2016)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques (<i>capacité x365j</i>)	16 425		
Journées réalisées	16 422		
Taux d'occupation	99,98 %		

Explication sur le niveau du taux d'occupation, et solutions pour optimiser ce taux :

- ✓ Le taux d'occupation est pénalisé par le délai d'admission de nouveaux résidents, bien que fixé à 72h. Ce délai est pénalisé par l'absence de pharmacien et de médecin le week-end.
- ✓ De même, la liste d'attente viatrajectoire n'est pas toujours actualisée (pas d'alerte d'intégration dans une autre structure, décès du demandeur...).

Listes d'attente et constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :

Indiquer le nombre de personnes en liste d'attente active pour entrer dans votre EHPAD.

- ✓ Au jour du diagnostic, 5 personnes étaient en liste d'attente, dont 1 couple.
- ✓ Le bassin de vie de l'EHPAD est vieillissant, générant une hausse de la dépendance de la population qui conduira sur les prochaines années à une majoration des demandes d'admissions.

3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Villefranche du Périgord

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadr ement	Héberg ement	Dépen dance	soin	Poste s non pourv us (ETP)	Postes compe nsés par des vacatio ns /CDD ou autres
Direction/administration	1.25		1.25				
Services généraux	0						
Animation							
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	9.70		9.70				
Aide-soignant- AMP-ASG	9		2.91	6.09			
Psychologue							
Infirmière	2				2		
Auxiliaires médicaux	0.2				0.2		
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0.25				0.25		
Autre fonction : Technique CAE	1 1.71		1 1.71				
TOTAL	26,40						

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 4

Taux d'absentéisme par catégorie et par motif (cf. bilan social 2016)

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée <i>(<ou=à 6 jours)</i>	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
AS/AMP	15%	0 %	0
ASHQ	18%	1 %	
ACH/AA	0.50%	0.50 %	
IDE	49%	2 %	
CADRE DE SANTE			
ANIMATRICE	41%		
CAE	65%		1

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Villefranche du Périgord

Analyse budgétaire et financière, par ESMS, des trois derniers comptes administratifs.

Recettes-dépenses et résultats

▪ Les recettes sur la période :

EHPAD Villefranche du Périgord	2015				2014				2013			
	H	D	S	Total	H	D	S	Total	H	D	S	Total
Total Groupes de recettes	1 000 768,86	299 558,14	557 487,60	1 857 814,60	878 762,43	271 675,89	603 520,48	1 753 958,80	927 567,66	293 135,49	507 558,86	1 728 262,01
Groupe 1	958 352,55	276 537,20	476 653,51	1 711 543,26	839 909,55	242 091,97	551 777,87	1 633 779,39	833 470,40	252 797,14	476 364,51	1 562 362,05
Groupe 2	38 788,92	22 291,49	35 793,49	96 873,90	38 322,47	29 300,11	51 272,05	118 894,63	92 179,06	40 182,21	30 931,54	163 292,81
Groupe 3	3 627,39	729,45	45 040,60	49 397,44	530,41	283,81	470,56	1 284,78	1 918,20	156,14	262,81	2 337,15

▪ Les dépenses sur la période :

EHPAD Villefranche du Périgord	2015				2014				2013			
	H	D	S	Total	H	D	S	Total	H	D	S	Total
Total Groupes de dépenses	967 186,38	285 507,08	510 930,49	1 772 623,95 (à vérifier, total faux)	831 969,89	280 948,47	575 983,32	1 688 901,68	911 725,94	279 254,48	496 670,77	1 687 651,19
Groupe 1	260 357,71	36 187,57	25 981,46	322 526,74	263 448,00	34 475,03	28 352,55	326 275,58	256 651,67	29 133,98	28 924,01	314 709,66
Groupe 2	425 516,79	232 773,11	485 987,03	1 144 276,93	371 414,63	229 811,48	468 002,33	1 069 228,44	455 582,49	241 001,24	452 810,95	1 149 394,68
Groupe 3	281 311,88	16 546,40	7962,00	305 820,28	197 107,26	16 661,96	79 628,44	293 397,66	199 491,78	9116,26	14 935,81	223 546,85

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :

- Les recettes d'exploitation :
- Groupe 1 : recettes en hausse suite à des régulations de dossiers d'aide sociale
- Groupe 2 : ces recettes sont relativement stable au regard du remboursement sur rémunérations du personnel non médical. Cependant, suite à un changement d'assureur au 01/01/17, ce montant va fortement diminuer à absentéisme constant.
- Groupe 3 : l'évolution sur 2015 est conjoncturelle à une reprise sur provisions réglementée de 2 056 €

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

- Les charges d'exploitation :
- Groupe 1 : Des pannes récurrentes sur la chaudière de l'établissement a généré une hausse de la consommation de fioul
- Groupe 2 : L'absentéisme infirmier sur 2015 a nécessité le recours à l'intérim, afin d'assurer la continuité des soins, cependant le recours à une jeune diplômée dans l'établissement, a permis de contenir ces dépenses, notamment par la mise en place de coupures, afin de réduire à sa plus juste expression l'intérim.
- Groupe 3 : Des pannes récurrentes sur la chaudière de l'établissement ont généré d'importantes dépenses sur 2016.

▪ **Résultats à affecter :**

EHPAD Villefranche du Périgord		2015	2014	2013
Recettes		1 857 814,60	1 753 958,80	1 728 262,01
Dépenses		1 772 623,95	1 688 901,68	1 687 651,19
Net		85 190,65	65 057,12	40 610,82
Retraitements comptables (variations congés payés, reprises...)				
Résultat à affecter		85 190,65	65 057,12	40 610,82
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES				
N-1- (2015)	Hébergement : 36 911.79€ (compte 10682 : 26 911.79€, compte 11031 : 10 000€) Dépendance : 29 540.43 € au compte 11031			
N-2 (2014)	Soins : 27 537.16€ (compte 10682 : 13 768.58€, compte 11031 : 13 768.58€) Hébergement : 51 406.66 € (compte 11031 : 15 000€, compte 10682 : 36 406.06€) Dépendance : 5 275.46€ au compte 11031			
N-3 (2013)	Soins : 5 444.04€ au compte 11031 Hébergement : 3 329.31€ au compte 11031 Dépendance : 15 489.37€ au compte 11031			

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Non

L'établissement ne produit pas à ce jour de plan pluriannuel d'investissement.

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

EHPAD Villefranche du Périgord	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	0
Réserve de compensation des charges d'amortissement	152 317.03
Réserve de trésorerie	0
Provisions pour risques et charges	33 468.89
Provisions pour renouvellement des immobilisations	0
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	0

Projets d'investissement

Des projets sont-ils en cours de réflexion ou de mise en œuvre (*mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction...*) ?

Au regard des pannes récurrentes de la chaudière de l'établissement, une réflexion est en cours sur son remplacement dans les prochaines années. De même le système de téléphonie sera amené dans les prochaines années à être remplacé.

3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD Villefranche du Périgord

Cette partie est à renseigner en lien avec les évaluations internes et/ou externes.

EHPAD Villefranche du Périgord	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
LES OUTILS DE LA LOI 2002-2				
Livret d'accueil	29/10/2007		A actualiser	
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui			
Contrat de séjour	27/10/2007		A actualiser	

La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	Oui			
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	Oui			
Règlement de fonctionnement	23/10/2011		A actualiser	
Projet d'établissement	31/12/2010		A construire	
PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement				
Projet d'accompagnement personnalisé				
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux				
Evènements indésirables : <i>mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des événements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance</i>	oui		Formalisation de la procédure	
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité		non		
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement			Travail sur des thématiques prévu pour 2017	
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	oui		Formalisation à réaliser	
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	oui			
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	2010		Projet en cours d'élaboration	
Livret thérapeutique en place				
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	oui			
Protocole risque de chute		non		
Prévention et prise en charge des escarres	oui			
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	oui			
Prise en charge de la douleur	oui			

Accompagnement de la fin de vie	oui			
Prise en charge de la dénutrition	oui			
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	Oui Psychotrope			

Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : Oui/Non

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation :

Si non, une convention avec la (ou les) officine(s) dispensant les médicaments a été établie :
Oui/Non

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; - La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments - L'administration des médicaments dont l'identitovigilance - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ; - L'informatisation du circuit du médicament - La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).	70% des prescriptions médicales sont informatisées. La préparation des piluliers est assurée par 1 infirmière, ainsi que l'administration. Il existe des armoires sécurisées ainsi qu'un coffre à toxiques. La livraison des médicaments est faite par la pharmacie locale dans des sachets fermés, individuels et nominatifs. Les toxiques sont remis en main propre aux IDE. En cas d'erreur de préparation ou d'administration, un signalement est réalisé auprès du cadre de santé, du médecin et de la direction. L'établissement souhaite mettre en place une convention avec une pharmacie de ville pour la préparation des piluliers, afin d'augmenter la sécurisation du circuit.

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD Villefranche du Périgord

Sans objet, la précédente convention ayant été signée le 27 septembre 2016.

4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

- Faire une première projection sur les éventuels diminutions, augmentations de capacité, redéploiements annoncés et de quelle façon seront-ils financés ?

- Des alternatives à l'hébergement permanent sont-elles envisageables dans le cadre de ce CPOM (ex. redéploiement en fonction des taux d'activité et des projets de service, couverture des zones dites blanches par des accueils de jour itinérant) ?
- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?

ANNEXE N° 2 : FICHES ACTION

THEME n°1 : Projet d'établissement

Fiche d'action n°1-1					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Rédiger le projet d'établissement des « Clauuds de Laly » intégrant les deux projets de service				
Objectif	Permettre aux professionnels de travailler dans un cadre repérant et adapté.				
Description	Rédiger le projet d'établissement conforme aux besoins des populations accueillies et définissant des objectifs tenant compte des missions de l'établissement et des services.				
Par qui	Direction, Adjoint des Cadres, Cadre de Santé, Educatrice Spécialisée, AS, AMP, Animatrice, OPQ, représentants des usagers				
Quand	2018				
Comment	Dans l'optique d'une démarche participative, un groupe de travail sera nommé et travaillera sur des thématiques définies par le groupe de pilotage. Le groupe de pilotage (Direction, Cadre de Santé et Educatrice Spécialisée) se réunira avec tous les deux mois pour valider les travaux produits par les groupes de travail. Il définit les attendus et les échéances. Le groupe de travail est systématiquement composé de la responsable du service, une infirmière, deux AS/AMP. Pour le Foyer de Vie se rajoute la cadre de santé et le psychologue et le représentant des usagers du Foyer. Pour l'EHPAD, selon les thématiques abordées : l'animatrice, le représentant des usagers de l'EHPAD.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2018				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de réunions de travail Nombre de participants (EHPAD ; Foyer de Vie) Date de passage aux Instances Diffusion par mail aux Autorités de Tarification Réévaluation tous les 5 ans				
Responsable(s) du suivi					
Direction					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°1 : Projet d'établissement

Fiche d'action n°1-2					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Rédiger le projet « Couloir Passerelle »				
Objectif	Prendre en compte de façon cohérente le vieillissement de la population accueillie. Permettre aux professionnels de rester bien traitants dans leurs accompagnements. Favoriser la transition des résidents du Foyer de Vie vers un EHPAD				
Description	Rédiger un nouveau projet d'accompagnement tenant compte du vieillissement de la population et proposant un service au plus près des nouvelles attentes et/ou possibilités de celle-ci.				
Par qui	Direction, Encadrement de Service, équipes pluridisciplinaires				
Quand	Fin 2020				
Comment	En groupe de travail, dans le cadre du Projet d'établissement				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2018 : élaboration du projet dans le cadre du projet d'établissement 2020 : mise en œuvre du projet				
Modalités de suivi et d'évaluation	Evaluer la pertinence des actions mises en œuvre tous les 6 mois				
Responsable(s) du suivi					
Direction - Encadrements de services					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°2 : Droit des Usagers

Fiche d'action n°2-1					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Mettre en place une procédure de mise en œuvre et de réactualisation du projet de vie individualisé (P.V.I) des résidents				
Objectif	Garantir pour chaque résident l'existence d'un projet de vie et que ce dernier soit actualisé à minima : - Tous les 18 mois pour les résidents du Foyer de Vie - Tous les 12 mois pour les résidents de l'EHPAD				
Description	Elaborer une procédure de mise en œuvre et de réactualisation du projet de vie individualisé avec la cadre de santé et l'éducatrice du Foyer de Vie. La production des PVI sera réalisée par un groupe de travail composé d'une infirmière pour la dimension soin, de l'éducatrice spécialisée pour la dimension éducative (uniquement sur les résidents du Foyer de Vie), du référent du résident (AS ou AMP)				
Par qui	Cadre de santé, Educatrice Spécialisée, Infirmière, AS ou AMP Référent du résident et en sus, pour les résidents de l'EHPAD, l'animatrice.				
Quand	Début 2018				
Comment	En réunion de travail comprenant : Cadre de santé, Educatrice Spécialisée (pour les résidents du Foyer de Vie uniquement), Infirmière, AS ou AMP Référent du résident (et en sus l'animatrice pour les résidents de l'EHPAD). Le psychologue pourra intervenir dans le cadre des résidents du Foyer de Vie. Ce groupe de travail validera la production du PVI en se réunissant 1 fois par mois, hors de la période juillet-août				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1 ^{er} semestre 2018 : production de la procédure en comité 2 ^{ème} semestre 2018 : production ou actualisation des PVI				
Modalités de suivi et d'évaluation	Transmission aux Autorités de tarification de la procédure de rédaction des Projets de Vie (juin 2018) Nombre de projets rédigés ou réactualisés annuel				
Responsable(s) du suivi					
Cadre de santé et Educatrice Spécialisée					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°2 Droit des Usagers

Fiche d'action n°2-2					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Mettre à jour le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil				
Objectif	Expliciter dès son admission, le cadre de l'accompagnement des résidents et les critères indispensables pour son admission et son maintien dans la structure				
Description	Modifier le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil afin de tenir compte des évolutions réglementaire				
Par qui	Administration – Encadrements de services				
Quand	1 ^{er} semestre 2018				
Comment	En groupe de travail : Cadre de Santé pour l'EHPAD, Educatrice Spécialisée et Cadre de Santé pour le Foyer de Vie, une infirmière (pour l'encadrement des étudiants soignants), l'adjoint en charge des admissions et le directeur de site. En se basant sur les documents existants et les missions de chaque service. Réunion tous les 15 jours à compter du 2^{ème} trimestre 2018. Validation auprès du Conseil d'Administration de juin.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	mi 2018				
Modalités de suivi et d'évaluation	Transmission aux Autorités de tarification du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil (juin 2018) Faire le bilan une fois par an de ces différents critères. Réactualiser si besoin une fois par an ces critères.				
Responsable(s) du suivi					
Direction et Encadrement des Services					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°2 : Droit des Usagers

Fiche d'action n°2-3					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Retranscrire sur un support adapté, les notions essentielles de la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie de façon compréhensible pour les résidents				
Objectif	Renforcer auprès des résidents les notions de droit et de liberté.				
Description	Reformuler et illustrer les droits des usagers inscrits dans la charte par des situations concrètes, afin que les résidents souffrants de déficit cognitif comprennent leurs droits.				
Par qui	Les représentants des usagers, une infirmière pour l'EHPAD, l'éducatrice spécialisée pour le Foyer de Vie et l'animatrice.				
Quand	Fin 2018				
Comment	Au travers des temps d'échange avec les représentants des usagers, l'infirmière et l'éducatrice spécialisée devront présenter les droits des usagers et leur demander une illustration de sa mise en œuvre. La production du support sera réalisée par des usagers de l'EHPAD avec l'aide de l'animatrice, et par les usagers du Foyer de Vie avec l'aide de l'éducatrice spécialisée et un AMP.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Début 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Intégration de cette charte illustrée dans le livret d'accueil du résident Diffusion de la charte auprès des résidents				
Responsable(s) du suivi					
Cadre de santé et Educatrice Spécialisée					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°3 : Qualité et Sécurité des Prises en Charge

Fiche d'action n°3-1					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Analyse semestrielle des domaines (chutes...) évoquées dans les fiches d'évènement indésirables (F.E.I)				
Objectif	Renforcer l'analyse des FEI afin de cerner les actions correctives prioritaires à mettre en œuvre pour éviter la reproduction de ces évènements sur d'autres résidents				
Description	Centralisation des FEI par le cadre de santé (référénte qualité) avec recensement des domaines de chaque fiche lors de chaque nouvelle déclaration. Réunion semestrielle pour définir les axes prioritaires à traiter et les actions de prévention à mettre en place.				
Par qui	Direction, Cadre de Santé, Educatrice Spécialisée				
Quand	Fin 2019				
Comment	La référente qualité recense les FEI et les domaines Un comité composé du directeur, du référent qualité et pour le Foyer de Vie de l'Educatrice Spécialisée se réunissent tous les 6 mois pour arrêter les axes prioritaires et les mesures de prévention à mettre en place. Puis diffuser aux équipes le PV du comité. Lors de la réunion suivante, le comité étudie les évolutions (qui doivent baisser) sur les thématiques prioritaires précédentes et ajuste si nécessaire.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2 ^{ème} semestre 2019 : 1 ^{er} comité d'analyse 1 ^{er} semestre 2020 : 2 ^{ème} comité d'analyse avec une évaluation des résultats précédents				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de déclarations par thématique Nombre de déclarations par thématique sur le comité suivant (tendance baissière attendue)				
Responsable(s) du suivi					
Direction et Responsable Qualité					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°3 : Qualité et Sécurité des Prises en Charge

Fiche d'action n°3-2					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Actualiser annuellement la procédure de signalement des Evénements Indésirables Graves (E.I.G) à l'ARS et au Conseil Départemental				
Objectif	Informar les Autorités de tarification de la survenue d'un événement indésirable grave dans un délai de moins de 12 heures et des actions correctives immédiatement entreprises.				
Description	Rédiger sous forme de procédure les outils du signalement (la forme, le circuit de diffusion, la personne en charge de sa communication aux Autorités de tarification, les réflexes que les agents doivent avoir face à la survenue d'un EIG).				
Par qui	Direction, Cadre de Santé, Educatrice Spécialisée et Secrétariat				
Quand	1 ^{er} trimestre 2018				
Comment	En groupe de travail : au travers les recommandations de bonnes pratiques, définir une procédure qui sécurise la victime de l'EIG et prévenir la survenue de complications (sanitaire, juridique, presse).				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Mars 2018				
Modalités de suivi et d'évaluation	Procédure à communiquer aux Autorités de tarification Nombre de déclarations d'EIG transmises annuellement Actions correctives mises en place et évaluation du résultat				
Responsable(s) du suivi					
Direction					
Etat d'avancement					
Date :	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Commentaires :					

THEME n°3 : Qualité et Sécurité des Prises en Charge

Fiche d'action n°3-3					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Développer les formations en soins palliatifs				
Objectif	Renforcer les compétences de l'ensemble de l'équipe soignante à l'accompagnement en soins palliatif. Pourcentage d'agents formés en soins palliatifs 100%				
Description	Offrir un accompagnement spécifique optimal aux résidents en fin de vie. Donner des outils d'accompagnements au personnel soignant.				
Par qui	Adjointe des cadres et Direction				
Quand	1 ^{er} trimestre 2018				
Comment	En groupe de travail : au travers les recommandations de bonnes pratiques, définir une procédure qui sécurise la victime de l'EIG et prévenir la survenue de complications (sanitaire, juridique, presse).				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	A chaque plan de formation				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre d'agents formés				
Responsable(s) du suivi Adjoint des Cadres					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date : Commentaires : 					

THEME n°3 : Qualité et Sécurité des Prises en Charge

Fiche d'action n°3-4					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Développer les formations douleur et bientraitance				
Objectif	Renforcer les compétences de l'ensemble de l'équipe soignante à la prise en charge de la douleur, pour un accompagnement bientraitant. Pourcentage d'agents formés à la promotion de la bientraitance : 100% Pourcentage d'agents formés à la douleur : 100%				
Description	Répondre de façon sécurisée à tous les niveaux aux droits des patients				
Par qui	Responsable RH, DRH, encadrement				
Quand	2018-2022				
Comment	Définition des axes annuels institutionnels de formation.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	A chaque plan de formation				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre d'agents formés				
Responsable(s) du suivi Adjoint des Cadres					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°3 : Qualité et Sécurité des Prises en Charge

Fiche d'action n°3-5					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Analyse des déclarations de chutes. Définir un projet de prévention des chutes et le mettre en œuvre (parcours de chute)				
Objectif	Prévenir le risque de chute par des actions diversifiées				
Description	Apporter aux professionnels des éléments de prévention des chutes par le repérage des personnes à risque et des facteurs extrinsèques favorisant.				
Par qui	Médecin coordonnateur, IDE, service qualité				
Quand	1er semestre 2019				
Comment	Analyse des chutes tracées et recherches de possibilité de prévention (facteurs intrinsèques et extrinsèques) en partenariat avec Belvès				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2 ^{ème} semestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de chutes totales Nombre de chutes par résident par secteur Nombre de résidents ayant bénéficié d'un parcours de chute				
Responsable(s) du suivi					
Responsable Qualité					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°3 : Qualité et Sécurité des Prises en Charge

Fiche d'action n°3-6					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Organiser des réunions communes aux deux services afin d'aborder les thématiques propres aux Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.				
Objectif	Développer une culture commune				
Description	S'approprier les thématiques et les décliner en actions concrètes.				
Par qui	Direction, Encadrement de Service, AS et AMP				
Quand	Fin 2018				
Comment	En groupe de travail : 1 fois par mois, sur une thématique définie par la direction en collaboration avec la cadre de santé et l'éducatrice spécialisée. Diffusion des PV aux agents des deux services				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Fin 2018 : définition du calendrier des thématiques de 2019 Début 2019 : mise en place des groupes de travail				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de réunions réalisées Liste des thématiques abordées annuellement et des actions entreprises				
Responsable(s) du suivi Responsable qualité					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°4 : Ouverture et Inscription du Foyer de Vie au sein de son environnement

Fiche d'action n°4-1					
Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Contacter d'autres lieux de vie afin d'établir des partenariats sur des temps de formation commun				
Objectif	Développer, renforcer et enrichir les compétences des agents du foyer de vie par le biais d'échanges avec des pairs.				
Description	Echanger sur les pratiques professionnelles liées à l'accompagnement des personnes accueillies à travers un thème défini par le biais de formations.				
Par qui	Direction, Encadrement de service (groupe de travail)				
Quand	Mi-2018 : contacter un Foyer de Vie du Périgord Noir Fin 2018 : conventionnement pour des partages de pratiques et des formations en commun				
Comment	En groupe de travail				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Conventionnement avec un Foyer de Vie Nombre de formations spécifiques mises en place annuellement et compte-rendu systématique de ces formations pour pouvoir en évaluer l'intérêt				
Responsable(s) du suivi					
Direction					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°4 : Ouverture et Inscription du Foyer de Vie au sein de son environnement

Fiche d'action n°4-2					
Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Créer de nouveaux partenariats entre structures médico-sociales et sanitaires, afin de s'inscrire dans une filière.				
Objectif	Favoriser la continuité de prise en charge des résidents en fonction de leur besoin tout en réduisant les ruptures pour le résident.				
Description	En amont pour permettre de nouvelles admissions définitives ou temporaire. En aval pour les résidents dépendants nécessitant une orientation dans une structure type EHPAD.				
Par qui	Direction, Educatrice Spécialisée				
Quand	mi-2019 : recenser et contacter les structures médico-sociale du territoire Fin 2019 : conventionnement avec ces ESMS pour structurer les modalités de transferts des résidents				
Comment	En groupe de travail avec les directeurs d'établissements, les cadres de santé ou les responsables de services médico-sociaux, l'éducatrice spécialisée du Foyer de Vie et le directeur de site				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Conventionnement avec de nouveaux ESMS Nombre de transferts réalisés sur l'année				
Responsable(s) du suivi					
Direction					
Etat d'avancement					
Date :	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Commentaires :					

THEME n°4 : Ouverture et Inscription du Foyer de Vie au sein de son environnement

Fiche d'action n°4-3					
Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Promouvoir dans les différents projets de vie, l'ouverture vers l'extérieur, la citoyenneté et la culture. Favoriser les activités hors les murs pour ces résidents.				
Objectif	Permettre aux personnes accueillies de trouver leur place au sein et en-dehors de leur environnement.				
Description	Guider les personnes accueillies pour les inscrire dans la société, à travers la mise en place d'accompagnements individualisés et tournés vers l'intégration sociale.				
Par qui	Equipe pluridisciplinaire				
Quand	Fin 2018 : définir la fréquence des accompagnements individuels possibles au regard des ressources humaines et des résidents prioritaires 1 ^{er} semestre 2019 : mise en place, pour 5 résidents du foyer de vie un accompagnement individuel orienté vers l'intégration sociale 2 ^{ème} semestre 2019 : mise en place, pour 5 nouveaux résidents du foyer de vie un accompagnement individuel orienté vers l'intégration sociale 2020 : changement des résidents bénéficiant de cet accompagnement individuel orienté vers l'intégration sociale.				
Comment	En réunion de travail comprenant : Cadre de santé, Educatrice Spécialisée, Infirmière, AS ou AMP Référent du résident. Le psychologue pourra intervenir à la demande du groupe de travail				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2020				
Modalités de suivi et d'évaluation	Lors de la réactualisation du Projet de vie du résident				
Responsable(s) du suivi Educatrice Spécialisée					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°5 : Placer l'usager au centre de l'accompagnement

Fiche d'action n°5-1					
EHPAD					
Action mise en œuvre		Rédiger la procédure de recueil des directives anticipées pour chaque personne accueillie et la renseigner dans le mois de son admission. Développer les formations en soins palliatifs			
Objectif		Respecter et faire respecter les choix et les droits de la personne accueillie lors de son décès. Donner des outils d'accompagnements au personnel soignant (Pourcentage d'agents formés en soins palliatifs 100%)			
Description		Rédiger une procédure permettant à l'établissement de recueillir les attentes de la personne accueillie dès son entrée « aux Clouds de Laly » et ainsi de les intégrer au projet individualisé.			
Par qui		Réfèrent de chaque résident			
Quand		1 ^{er} semestre 2018 - fin 2022			
Comment		En entretien individuel pour le recueil des directives anticipées Définition des axes annuels institutionnels de formation en soins palliatifs d'Aide-Soignantes.			
Suivi					
Echéance de mise en œuvre		Fin 2018 : rédaction de la procédure de recueil des directives anticipées 2019 : 25% des AS sont formés à l'accompagnement en fin de vie 2020 : 50% des AS sont formées à l'accompagnement en fin de vie 2021 : 75% des AS sont formées à l'accompagnement en fin de vie 2022 : 100% des AS sont formées à l'accompagnement en fin de vie			
Modalités de suivi et d'évaluation		Nombre de personnes accueillies ayant rédigé ses directives anticipées par rapport Nombre de résidents informés			
Responsable(s) du suivi Cadre de Santé					
Etat d'avancement		☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé
Date :					☐ Evalué
Commentaires :					

THEME n°5 : Placer l'usager au centre de l'accompagnement

Fiche d'action n°5-2					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Rédiger la procédure de recours à l'HAD				
Objectif	Renforcer le recours à l'HAD. Diminuer le nombre d'hospitalisation. Donner aux professionnels les outils nécessaires à la décision et au recours à l'HAD.				
Description	Etablir une procédure, en lien avec l'HAD, qui reprend les conditions d'éligibilité des résidents aux services de l'HAD, et le circuit de la demande.				
Par qui	Médecin coordonnateur (EHPAD), Direction, Responsable HAD, cadre de santé, médecin(s) traitant(s) (Foyer de Vie).				
Quand	1er semestre 2019				
Comment	Organiser une rencontre avec les responsables de l'HAD, le médecin coordonnateur, la cadre de santé de l'EHPAD et les médecins traitants, et recueillir les différents éléments nécessaires à la rédaction de la procédure				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Juillet 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	-Nombre d'intervention de la HAD // au nombre de demande sur une période -Nombre d'hospitalisation				
Responsable(s) du suivi Médecin coordonnateur					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°6 : Participation des personnes accueillies, de leurs familles et des responsables légaux

Fiche d'action n°6-1					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Evaluer la satisfaction des résidents et des familles et en définir la régularité				
Objectif	Permettre le recueil régulier de la satisfaction des résidents et des familles, afin d'ajuster les accompagnements pour une meilleure satisfaction				
Description	Evaluation à partir d'un questionnaire à destination des résidents et d'un questionnaire à destination des familles				
Par qui	Direction des usagers, cadre de proximité, service animation				
Quand	1er semestre 2019				
Comment	Diffusion auprès des résidents et aide si besoin tous les deux ans (années impaires) Diffusion par courrier auprès des familles tous les deux ans (années paires)				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1er semestre 2019 : production des questionnaires à l'attention des résidents et celui à l'attention des familles Fin 2019 Diffusion du questionnaire à l'attention des résidents Fin 2020 Diffusion du questionnaire à l'attention des familles				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de questionnaires retournés Analyse des questionnaires présentés en CVS				
Responsable(s) du suivi					
Cadre de santé					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°6 : Participation des personnes accueillies, de leurs familles et des responsables légaux

Fiche d'action n°6-2					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Proposer une fois par semestre des temps d'échange entre résidents et familles sur des thématiques choisies par eux en complément du CVS				
Objectif	Permettre aux personnes accueillies d'être actrices de leur vie. Permettre aux professionnels d'être au plus près des attentes et des questionnements des résidents.				
Description	Instaurer de manière systématique des temps d'échange (réunions) permettant aux personnes accueillies et aux professionnels de trouver un équilibre de fonctionnement. En complément des 3 CVS annuels				
Par qui	Equipe pluridisciplinaire				
Quand	Fin 2018				
Comment	En groupe de travail				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Début 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Bilan compte-rendu de ces temps d'échange annuellement				
Responsable(s) du suivi					
Encadrement du service et Equipe pluridisciplinaire					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°6 : Participation des personnes accueillies, de leurs familles et des responsables légaux

Fiche d'action n°6-3					
EHPAD et Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Inviter les familles lors de temps forts dans l'institution (vœux, Noël, Fête de l'été, spectacles)				
Objectif	Intégrer les familles dans les moments forts de la vie de l'institution				
Description	Envoyer par courrier ou mail l'invitation aux familles et tuteurs lors de temps forts de la vie de la structure				
Par qui	Secrétariat et direction				
Quand	Fin 2018				
Comment	Envoi systématique aux familles				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Début 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre d'invitations envoyées Nombre de personnes extérieures à la structure présente				
Responsable(s) du suivi Secrétariat					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

THEME n°7 : Promotion et Maintien de l'autonomie

Fiche d'action n°7-1					
Foyer de Vie					
Action mise en œuvre	Actualiser les fiches d'autonomie créées par l'équipe et existantes pour chaque personne accueillie.				
Objectif	Avoir un outil d'évaluation de l'autonomie du résident adapté à la population du Foyer de Vie. Evaluer l'autonomie des personnes accueillies afin d'adapter au mieux l'accompagnement.				
Description	Remplir les fiches d'autonomie présentes dans le logiciel PSI pour chaque personne accueillie.				
Par qui	L'éducatrice spécialisée en partenariat avec l'AS ou l'AMP référent du résident concerné et l'infirmière.				
Quand	Fin 2018				
Comment	Présentation lors de la réunion d'équipe mensuelle par l'AMP référent de l'évaluation qu'il porte sur le résident pour éventuel ajustement et validation par l'éducatrice spécialisée (2 résidents par réunion mensuelle)				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1 ^{er} semestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Communication aux Autorités de tarification de la grille d'évaluation mise en place au Foyer de Vie. Evaluer l'autonomie de chaque résident, au maximum tous les 18 mois et joindre ces évaluations aux projets de Vie				
Responsable(s) du suivi					
Educatrice Spécialisée					
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date :					
Commentaires :					

ANNEXE N° 3 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<u>Fiche action n° 1.1</u>	Nombre de réunions de travail Nombre de participants (EHPAD ; Foyer de Vie) Date de passage aux Instances Diffusion par mail aux Autorités de Tarification Réévaluation tous les 5 ans	Validation du Projet d'établissement	100%					
<u>Fiche action n° 1.2</u>	Evaluer la pertinence des actions mises en œuvre tous les 6 mois	2018 : élaboration du projet dans le cadre du projet d'établissement 2020 : mise en œuvre du projet	25%	50%	100%			
<u>Fiche action n° 2.1</u>	Transmission aux Autorités de tarification de la procédure de rédaction des Projets de Vie (juin 2018) Nombre de projets rédigés ou réactualisés annuel	1er semestre 2018 : production de la procédure en comité 2ème semestre 2018 : production ou actualisation des PVI	100%					
<u>Fiche action n° 2.2</u>	Transmission aux Autorités de tarification du contrat de	Documents mis à jour	100%					

	séjour, du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil (juin 2018) Faire le bilan une fois par an de ces différents critères. Réactualiser si besoin une fois par an ces critères								
<u>Fiche action n° 2.3</u>	Intégration de cette charte illustrée dans le livret d'accueil du résident Diffusion de la charte auprès des résidents					100%			
<u>Fiche action n° 3.1</u>	Nombre de déclarations par thématique Nombre de déclarations par thématique sur le comité suivant (tendance baissière attendue)					50%	100%		
<u>Fiche action n° 3.2</u>	Procédure à communiquer aux Autorités de tarification Nombre de déclarations d'EIG transmises annuellement Actions correctives mises en place et évaluation du résultat								
<u>Fiche action n° 3.3</u>	Nombre d'agents formés aux soins palliatifs					100%			
<u>Fiche action n° 3.4</u>	Nombre d'agents formés à la douleur (IDE)					100%			
<u>Fiche action n° 3.5</u>	Nombre de chutes totales						100%		

	Nombre de chutes par résident par secteur Nombre de résidents ayant bénéficié d'un parcours de chute								
<u>Fiche action n° 3.6</u>	Nombre de réunions réalisées Liste des thématiques abordées annuellement et des actions entreprises	Fin 2018 : définition du calendrier des thématiques de 2019 Début 2019 : mise en place des groupes de travail	5%	100%					
<u>Fiche action n° 4.1</u>	Conventionnement avec un Foyer de Vie Nombre de formations spécifiques mises en place annuellement et compte-rendu systématique de ces formations pour pouvoir en évaluer l'intérêt	Formations mutualisée avec un autre Foyer de Vie		100%					

Fiche action n° 4.2	Conventionnement avec de nouveaux ESMS Nombre de transferts réalisés sur l'année	Augmentation du nombre de transfert vers des ESMS	100%				
		Fin 2018 : définir la fréquence des accompagnements individuels possibles au regard des ressources humaines et des résidents prioritaires 1er semestre 2019 : mise en place, pour 5 résidents du foyer de vie un accompagnement individuel orienté vers l'intégration sociale 2ème semestre 2019 : mise en place, pour 5 nouveaux résidents du foyer de vie un accompagnement individuel orienté vers l'intégration sociale 2020 : changement des résidents bénéficiant de cet accompagnement individuel orienté vers l'intégration sociale.	10%	45%	45%		
Fiche action n° 4.3	Intégration dans le Projet de vie du résident de l'ouverture du résident sur son environnement						

<u>Fiche action n° 5.1</u>	Nombre de personnes accueillies ayant rédigé ses directives anticipées par rapport Nombre de résidents informés	Fin 2018 : rédaction de la procédure de recueil des directives anticipées 2019 : 25% des AS sont formés à l'accompagnement en fin de vie 2020 : 50% des AS sont formées à l'accompagnement en fin de vie 2021 : 75% des AS sont formées à l'accompagnement en fin de vie 2022 : 100% des AS sont formées à l'accompagnement en fin de vie	5%	20%	50%	75%	100%	
<u>Fiche action n° 5.2</u>	-Nombre d'intervention de la HAD // au nombre de demande sur une période -Nombre d'hospitalisation	Augmentation du recours à l'HAD	100%					

Fiche action n° 6.1	Nombre de questionnaires retournés Analyse des questionnaires présentés en CVS	1er semestre 2019 : production des questionnaires à l'attention des résidents et celui à l'attention des familles Fin 2019 Diffusion du questionnaire à l'attention des résidents Fin 2020 Diffusion du questionnaire à l'attention des familles	50%	100%			
Fiche action n° 6.2	Bilan compte-rendu de ces temps d'échange annuellement	2 réunions résidents/professionnels des « Clauds de Laly »	100%				
Fiche action n° 6.3	Nombre d'invitations envoyées Nombre de personnes extérieures à la structure présente	Augmentation du nombre de familles présente	100%				
Fiche action n° 7.1	Communication aux Autorités de tarification de la grille d'évaluation mise en place au Foyer de Vie. Evaluer l'autonomie de chaque résident, au maximum tous les 18 mois et joindre ces évaluations aux projets de Vie	100% des résidents bénéficient d'une évaluation datant de moins de 18 mois	100%				

ANNEXE N° 4 : ARRETES D'AUTORISATION



République française
Liberté – Egalité – Fraternité

DGA DE LA SOLIDARITE
ET DE LA PREVENTION (DGA-SP)

Pôle Personnes Handicapées
Service des Etablissements

N° SE - PH - 16 - 040

Arrêté portant renouvellement d'autorisation
du Foyer occupationnel Les Clauds de Laly
à Villefranche-du-Périgord (24550).

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

VU le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-8 et D312-197 à D. 312-206 relatifs à l'évaluation, et ses articles L. 313-1 à L. 313-27 et R. 313-1 à R. 313-34 relatifs aux droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

VU le code général des collectivités territoriales et en particulier ses articles L. 3214-1 et L. 3221-9 ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, notamment son article 80 ;

VU la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

VU la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

VU les circulaires DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 et DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013, relatives aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

VU le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées pour la période 2012-2017 ;

VU la délibération du Conseil municipal de Villefranche-du-Périgord du 9 décembre 1997 créant une maison de retraite publique autonome « Les Clauds de Laly » de 40 lits d'hébergement permanent et 5 d'accueil temporaire ;

VU la délibération de la maison de retraite publique autonome du 4 août 2000 décidant la création d'un foyer de vie pour adultes handicapés vieillissants par transformation d'une partie de la maison de retraite ;

Les décisions administratives peuvent être contestées par voie de recours devant le Tribunal administratif, et ce dans un délai de deux mois à compter de la date de leur publication ou de leur notification.

VU l'arrêté du Président du Conseil général du 30 décembre 2002 habilitant le foyer pour adultes handicapés vieillissants rattaché à la maison de retraite publique autonome « Les Clauds de Laly » pour la totalité de sa capacité soit 20 lits d'hébergement permanent ;

VU l'arrêté du Président du Conseil général du 25 mai 2011 autorisant la création d'une place d'accueil temporaire ;

VU le rapport d'évaluation externe du foyer de vie « Les Clauds de Laly » transmis le 26 novembre 2015, soit hors délai ;

VU l'injonction faite à la directrice générale de l'établissement de déposer une demande de renouvellement d'autorisation du foyer de vie « Les Clauds de Laly » en date du 22 octobre 2015 ;

VU le contrôle sur place diligenté par le Président du Conseil départemental le 18 mai 2016 ;

VU la demande de renouvellement d'autorisation du foyer de vie « Les Clauds de Laly » en date du 1^{er} juin 2016 ;

CONSIDERANT qu'en application de l'article 80 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les lieux de vie autorisés à la date de la publication de la loi précitée, soit à la date du 3 janvier 2002, sont autorisés pour une période de 15 ans à compter de cette date ;

CONSIDERANT qu'en l'absence d'injonction de déposer une demande de renouvellement d'autorisation donnée par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-5 du code de l'action sociale et des familles, cette autorisation est réputée renouvelée par tacite reconduction ;

CONSIDERANT qu'en l'occurrence, en l'absence de rapport d'évaluation externe du foyer de vie « Les Clauds de Laly » déposé dans les délais, il a été enjoint à la directrice générale de déposer une demande de renouvellement d'autorisation ;

CONSIDERANT que suite au contrôle, un rapport (provisoire puis définitif à l'issue d'une période contradictoire) sera notifié faisant état d'injonction(s) et/ou recommandation(s) que la directrice générale se devra de mettre en œuvre ;

CONSIDERANT toutefois que, sans attendre les conclusions définitives de ce rapport, l'inspection n'a pas révélé de dysfonctionnement majeur pouvant conduire à la fermeture définitive ou provisoire de l'établissement ;

SUR proposition du Directeur Général des Services du Conseil départemental ;

ARRETE

Article 1^{er} : L'autorisation du foyer de vie « Les Clauds de Laly » est renouvelée pour une durée de 15 ans à compter de sa date d'échéance, soit à compter du 3 janvier 2017.

Sa capacité est fixée à :

- 20 places d'hébergement permanent et
- 1 place d'accueil temporaire.

Article 2 : La présente autorisation vaut habilitation à l'aide sociale. L'habilitation à l'aide sociale peut être retirée par Monsieur le Président du Conseil départemental dans les conditions énoncées par l'article L 313-9 du CASF.

Article 3 : Le renouvellement de l'autorisation sera subordonné aux résultats des évaluations externes. Les résultats de l'évaluation effectuée par un organisme extérieur doivent être transmis à l'autorité ayant délivré la présente autorisation dans les conditions fixées à l'article D. 312-205 du code de l'action sociale et des familles.

Article 4 : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement du foyer de vie « Les Clauds de Laly » par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente, en vertu de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente.

Article 5 : Dans les deux mois suivant sa notification pour les personnes auxquelles il est notifié, et sa publication pour les autres personnes, le présent arrêté peut faire l'objet soit d'un recours gracieux devant le Président du Conseil départemental de la Dordogne, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Bordeaux - 9, rue Tastet - 33000 Bordeaux.

Article 6 : Madame la Directrice Générale Adjointe en charge de la Solidarité et de la Prévention et Monsieur le Directeur Général des Services du Conseil départemental de la Dordogne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs du département.

POUR AMPLIATIONS

Pour le Président et par délégation,
Chef de Service des Établissements,

Véronique GAILLARD

Fait à Périgueux, le - 8 DEC. 2016

LE PRÉSIDENT,

Germinal PEIRO



010195

PRÉFECTURE DE LA DORDOGNE

8 FEV. 2001

SERVICES DECONCENTRES DE L'ETAT
AUPRES DU PREFET

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES DE LA DORDOGNE

Service : Pôle Social /APAPA-FFB/DG

COPIE

Le Préfet de la Dordogne
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu le code de la Santé publique ;

Vu le code de la Sécurité sociale et notamment son article L 161-21 ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée, relative aux institutions sociales et médico-sociales, notamment ses articles 9, 10, 11 et 11-1 ;

Vu la loi n° 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement de personnes âgées ;

Vu la loi n° 97-60 du 24 juillet 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instaurant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance ;

Vu le décret n° 91-1410 du 31 décembre 1991, relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire modifié par le décret n° 92-1439 du 30 décembre 1992 ;

Vu le décret n° 95-185 du 14 février 1995 relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu le décret n° 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 ;

Vu le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu le décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'arrêté du Président du Conseil Général en date du 9 décembre 1997 autorisant la création de la maison de retraite de Villefranche du Périgord ;

.../...

Vu l'arrêté préfectoral n° 960382 en date du 15 mars 1996 autorisant la création d'une section de cure médicale de 10 lits;

Vu la demande présentée par la maison de retraite de Villefranche du Périgord tendant à la transformation de 45 places de maison de retraite en 45 places pour personnes âgées dépendantes ;

Vu le dossier déclaré complet le 6 décembre 1999;

Vu l'avis émis par le CROSS dans sa séance du 12 janvier 2001 ;

Vu la convention financière tripartite signée le 15 décembre 2000 ;

Vu le courrier d'information aux membres de la Commission Consultative Tripartite en date du 15 décembre 2000;

Considérant le besoin en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le département de la Dordogne;

Sur proposition de madame la directrice départementale des affaires sanitaires et sociales ;

ARRETE

ARTICLE 1 : La demande de transformation de 45 places pour personnes âgées dépendantes à la maison de retraite de Villefranche du Périgord est autorisée ;

ARTICLE 2 : L'entrée en vigueur du présent arrêté sera effective à la signature de la convention provisoire dans l'attente de la convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975;

ARTICLE 3 : Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat de la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale dans le délai franc d'un mois à compter de sa publication ou à l'égard des personnes et organismes auxquels il est notifié, à compter de sa notification.

ARTICLE 4 : Le secrétaire général de la préfecture de la Dordogne, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le président du conseil d'administration et le directeur de l'établissement susvisé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Dordogne et dont une ampliation sera transmise à monsieur le sous-préfet de Sarlat.

Pour le Préfet, *Préfet*, délégation,

Mlle Secrétaire Général P.I.

le Sous-Préfet

Francis Retachet

Francis RETACHET

ANNEXE N°5 : SYNTHÈSE ET ABREGÉ - EVALUATION EXTERNE

Les Clauds de Laly

Boulevard Charles Maurial

24550 Villefranche-du-Périgord

Rapport d'évaluation externe du Foyer de vie Les Clauds de Laly

Évaluation externe
Habilitation ANESM
n°H2009-07-034

formation • évaluation • conseil • audit
Rue de la Blancherie – Bâtiment Ambre – 33370 ARTIGUES-PRÈS-BORDEAUX
Téléphone : 05 57 59 22 60 - Fax : 05 56 81 81 23
Email : info@realites-et-projets.fr - www.realites-et-projets.fr
SARL au capital de 131 670 € - RCS Bordeaux B 341 929 750 - APE : 8559 A



VIII. SYNTHÈSE

Introduction	
1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés	Le foyer a réalisé 2 rapports d'évaluation interne. Si la première évaluation, réalisée en 2009, a répondu aux principaux attendus du secteur (référentiel adapté, comité de pilotage, hiérarchisation des axes d'amélioration...), la seconde a consisté en une actualisation succincte de la première, avec, notamment, une moindre mobilisation des professionnels et une absence de suivi régulier du plan d'amélioration.
2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM par l'ESSMS	Hormis une formation sur la Bienveillance (avec l'EHPAD), les RBPP sont peu connues au sein du foyer, bien que ce dernier mette en œuvre des prestations et une organisation globalement conforme aux principales Recommandations (projet personnalisé, évaluation interne...). Un travail d'appropriation par les équipes est à renforcer
A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers	
3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions	Le projet d'établissement est à jour et complet. La dimension opérationnelle de son contenu méritera d'être retravaillée.
4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention	Les ressources de l'établissement sont conformes aux objectifs poursuivis.
5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences)	Les professionnels disposent tous de compétences en lien avec leurs interventions. La dimension soins (intervention des infirmières) devra être réfléchie pour une meilleure réponse aux besoins.

6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences	Les outils et temps de coordination sont opérants. Des formations sont régulièrement mises en œuvre.
7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines	Il n'existe pas de document unique d'évaluation des risques professionnels. Des formations à la gestion du stress et des conflits ont été prodiguées.
8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers	Le projet d'établissement présente succinctement les problématiques et besoins des usagers. Le rapport d'activité, pour sa part, présente simplement le département d'origine des usagers. Les activités font l'objet de projets écrits et d'évaluations systématiques.
9. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS	Les objectifs développés dans les projets personnalisés sont tout à fait en cohérence avec les missions de l'établissement et les objectifs énoncés dans la documentation institutionnelle.
B/ L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	
10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement	Certains partenariats font l'objet d'un conventionnement. D'autres conventions sont aujourd'hui à l'étude.
11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS	Les partenaires ayant répondu au questionnaire ont exprimé leur satisfaction quant au lien qu'ils entretiennent avec le foyer.
12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions	Une infirmière psychiatrique intervient une fois par mois dans la structure. L'établissement entretient, chaque fois que possible, des liens avec les familles ou l'entourage des usagers. L'établissement accompagne largement les résidents vers les ressources soignantes, en complément des soins prodigués en interne.

13. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS	L'établissement s'appuie sur un certain nombre de ressources de son environnement. Des activités extérieures sont ainsi proposées aux résidents. Les résidents se rendent régulièrement sur la commune pour faire leurs courses, aller au restaurant... Le foyer a créé une association qui lui permet d'organiser la participation à des activités sur l'extérieur.
C/ Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers	
14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire	Le foyer dispose d'un ensemble d'outils (trames, procédures...) et de dispositifs (réunions, référence...) permettant une réalisation effective des projets personnalisés, en appui sur une approche pluridisciplinaire. Les infirmières pourraient toutefois être plus impliquées dans les démarches de projet personnalisé.
15. Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant	Les attentes des usagers sont systématiquement recueillies en vue d'élaborer ou actualiser le projet. Ces attentes sont un élément central de réflexion pour l'équipe, et les projets contiennent systématiquement des moyens en réponse à ces attentes. Les proches et tuteurs sont associés autant que possible.
16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées	Les projets personnalisés font l'objet d'un examen régulier, dépassant parfois le délai de 1 an. Toutefois, le foyer tend vers un examen annuel systématique. En outre, un rapport annuel vient compléter ce dispositif.
17. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant	Une procédure encadre l'accès au dossier de l'utilisateur. Les usagers sont informés de leur droit d'accès par le biais du Règlement de fonctionnement
18. La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers	Les usagers rencontrés lors de la visite d'évaluation ont fait état de leur satisfaction concernant les différentes prestations dont ils bénéficient et ont indiqué pouvoir solliciter aisément tout professionnel en cas de besoin.

19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement	Le foyer a pu mettre à disposition des usagers un ensemble de dispositifs d'expression : enquêtes de satisfaction, CVS, réunion des résidents. Toutefois, cette dynamique a pu s'émietter. Il conviendra de la ré-impulser (enquêtes de satisfaction) et de mettre en place un CVS propre au seul foyer. La Direction a d'ores et déjà acté dès le prochain CVS, la mise en œuvre d'un premier temps spécifique au Foyer de Vie, afin d'adapter tant la durée du CVS que l'expression des résidents.
D/ La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	
20. Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité	L'établissement a mis en place l'ensemble des outils prévus par la loi du 2 janvier 2002 et à destination des usagers. Des dispositions sont prises pour adapter les accompagnements aux besoins, souhaits et habitudes des usagers. La bientraitance et le respect des droits des usagers font l'objet d'applications concrètes dans les accompagnements
21. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance	Des fiches d'incident existent et concernent uniquement à ce jour des événements isolés qui ont donné lieu à des ajustements. Utilisées essentiellement par la coordinatrice, elles ne font pas à ce jour l'objet d'une analyse globale régulière à visée préventive.
22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels	La sécurité fait l'objet d'une gestion opérante et conforme à la réglementation. Le foyer n'est actuellement pas confronté à des risques importants (violence...) liés aux résidents.

Annexe 1 – Abrégé du rapport

1. Rappel des préconisations contenues dans le rapport

1. La démarche d'évaluation interne			Préconisations
Items	Points forts	Points d'effort	
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	Une démarche réalisée en 2009 en conformité avec les principaux attendus méthodologiques de l'ANESM (existence d'un comité de pilotage ; travail d'adaptation d'un référentiel ; élaboration d'un plan d'action hiérarchisé).	La démarche d'évaluation interne 2014 a été réduite à sa plus simple expression. Le plan d'amélioration n'a pas été inscrit dans un calendrier précis et aucune instance n'est chargée de son suivi.	Constituer un comité de pilotage pour le suivi de la démarche Le réunir régulièrement (au moins de façon annuelle) afin de mettre en œuvre les actions non réalisées et soutenir la démarche. Ce dispositif permettrait par ailleurs d'étayer la démarche d'élaboration du Projet d'établissement du foyer. Ré-impulser une réelle dynamique d'amélioration sur la base du plan d'amélioration existant, qu'il est nécessaire de mettre à jour. Inscrire les actions d'amélioration dans un calendrier prévisionnel.
Aspect participatif	Les professionnels ont été associés à la démarche.	Chaque professionnel a renseigné le référentiel de manière individuelle, isolée. Les usagers n'ont pas été associés.	Favoriser la participation, directe (ex : CVS) ou indirecte (ex : questionnaires) des usagers à la démarche d'évaluation interne. Favoriser des modalités collectives de renseignement du référentiel afin de permettre des échanges entre professionnels et de disposer ainsi de contenus plus riches, faisant sens pour les professionnels.
Communication	/	La démarche a été portée par 10 des 12 professionnels du foyer de vie. Les suites qui y ont été données ne disposent toutefois que de peu de visibilité pour les professionnels.	Inscrire dans le rapport d'activité les actions réalisées et faire un point sur les actions restant à mettre en œuvre, afin notamment que la démarche conserve sens et intérêt pour les professionnels. Communiquer sur les actions restant à mettre en œuvre et sur les actions réalisées, afin notamment que la démarche conserve sens et intérêt pour les professionnels.

2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS

Items	Points forts	Points d'effort	Préconisations
Modalités de mobilisation des RBPP	Une fois par an environ, une formation Bienveillance est mise en place au niveau de l'ensemble « Foyer de vie – EHPAD ». Le fonctionnement de l'établissement répond, dans ses modalités principales, aux attendus énoncés dans les RBPP (évaluation interne, personnalisation...).	Les RBPP ne sont pas mises à disposition des professionnels, et n'ont pas fait l'objet d'un travail d'appropriation spécifique.	Mobiliser régulièrement une RBPP pertinente pour le service afin de conforter les pratiques professionnelles et l'organisation des prestations.

3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

Items	Points forts	Points d'effort	Préconisations
Contenu du projet : caractérisation des publics, prestations, adaptations...	Le projet est à jour. Son contenu est complet.	Le projet est essentiellement axé sur des intentions Le projet n'a pas été élaboré de manière pleinement participative.	Développer, dans le futur projet, des éléments déclinant de façon opérationnelle les problématiques rencontrées.
Coordination communication	Les outils et moyens de communication et de coordination en place sont efficaces. La gestion documentaire est opérante Des temps d'analyse de la pratique sont mis en œuvre.	La « ressource » infirmière n'est pas pleinement opérationnelle sur le foyer principalement du fait de l'absentéisme actuel.	Aborder particulièrement la question du vieillissement des résidents et les conséquences que cela occasionne en matière d'accompagnement. Impliquer largement les équipes dans cette réflexion. Envisager la participation des infirmières aux transmissions. Mener une réflexion sur la mise à disposition organisée et opérationnelle du temps infirmier.

Items	Points forts	Points d'effort	Préconisations
Gestion des ressources humaines	Différents outils opérationnels sont mis en place : fiches de poste, fiches de fonction, entretiens d'évaluation...		
	Des formations sont régulièrement mises en place pour les professionnels.	Les délégations mériteraient d'être davantage détaillées et formalisées.	Envisager de définir formellement, à l'occasion de l'arrivée du nouveau directeur de site, les responsabilités et fonctions des différents personnels d'encadrement.
	Les professionnels disposent de qualifications adaptées.		
	Le climat social est serein sur le foyer.		
Evaluation externe du Foyer de vie Les Clauds de Laly – Juillet 2015			53

4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Items	Points forts	Points d'effort	Préconisations
Formalisation des collaborations et des coopérations	Certains partenariats institutionnels font l'objet d'une convention. Les partenaires consultés font part d'une bonne satisfaction quant au lien qu'ils entretiennent avec le foyer.	D'autres conventions sont à l'étude.	Examiner, au cas par cas, la pertinence de formaliser, par une convention notamment, les partenariats entretenus afin de les renforcer et de pouvoir les évaluer dans le temps.
Effet des partenariats	Le foyer est repéré et bien inscrit dans son environnement. Le foyer s'appuie sur les ressources extérieures afin de répondre aux besoins et souhaits des résidents.	Le seul frein est lié à l'isolement géographique.	Poursuivre et développer les efforts entrepris pour ouvrir l'établissement sur l'extérieur.

5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Points forts	Points d'effort	Préconisations
Données disponibles au sein de l'établissement permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée	/	Le Projet d'établissement présente succinctement les problématiques et besoins des usagers. Le rapport d'activité, pour sa part, présente simplement le département d'origine des usagers.	Il est nécessaire que le foyer développe et formalise une connaissance plus fine des problématiques des personnes qu'il accueille, afin notamment d'identifier les besoins qui en découlent et de les prendre en compte dans l'orientation des prestations délivrées.
Mise en œuvre de la démarche de Projet personnalisé	Les attentes des usagers sont systématiquement recueillies et constituent un véritable point d'appui pour les projets. Un ensemble d'outils est mis au service de la démarche de projet personnalisé (fiche de recueil initial des données, trame de projet personnalisé, procédure, synthèse annuelle...). Les accompagnements bénéficient effectivement d'une forte individualisation, selon les besoins.	Il arrive que des projets personnalisés ne soient pas examinés en réunion pluridisciplinaire. Les infirmières du fait de l'absentéisme actuel et du recours à l'intérim, ne participent pas actuellement aux réunions de projet personnalisé. La formulation des objectifs des accompagnements est hétérogène.	S'assurer que tout projet bénéficie d'un examen pluridisciplinaire en réunion d'équipe. Envisager la présence des infirmières aux réunions où sont discutés les projets personnalisés. Renforcer la structuration des projets par un travail sur les objectifs (ex : recenser les objectifs présentés dans les projets existants) afin de faciliter le travail de rédaction des professionnels, qui pourront venir sélectionner dans cette liste les objectifs applicables à la situation.

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items	Points forts	Points d'effort	Préconisations
Effectivité de la participation collective des usagers	Les usagers sont satisfaits des dispositifs d'expression collective (CVS, Réunion de résidents).	Le CVS est commun à l'EHPAD et au foyer, ce qui peut générer une inadaptation du dispositif aux capacités de compréhension et de concentration des usagers du foyer, et rendre ainsi ce temps moins fructueux, voire moins attractif pour les usagers.	Mettre en place un CVS propre au foyer. Mettre en place temps de restitution des échanges qui se sont tenus dans le cadre du CVS auprès des usagers du foyer. Garder une vigilance à apporter systématiquement des réponses institutionnelles aux questions soulevées lors du CVS.
Autres modalités de consultation	Des enquêtes de satisfaction ont été réalisées en direction des usagers, des familles et des représentants légaux, sans toutefois que ce dispositif devienne pérenne. Une Commission menu est en place.	Les questionnaires ne sont plus diffusés	Maintenir le principe d'une consultation régulière des usagers sur les principaux aspects des accompagnements. S'appuyer sur les résultats des questionnaires pour en faire un levier effectif du changement au sein du foyer.

7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Items	Points forts	Points d'effort	Préconisations
-------	--------------	-----------------	----------------

Dossier de l'usager

Chaque résident dispose d'un dossier structuré selon une architecture type.

Les dossiers assurent une traçabilité satisfaisante des accompagnements.

Une procédure prévoit les modalités d'accès de l'usager à son dossier.

/

/

Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité

Des dispositions sont prises pour adapter les accompagnements aux besoins, souhaits et habitudes des usagers.

/

/

La bientraitance et le respect des droits des usagers font l'objet d'applications concrètes dans les accompagnements.

Items	Points forts	Points d'effort	Préconisations
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement	La sécurité fait l'objet d'une gestion opérante et conforme à la réglementation.	Des fiches « incident » sont mises en place. Elles sont pour l'instant relatives à des situations conjoncturelles et ont été utilisées pour apporter les ajustements nécessaires. La distribution des médicaments par l'équipe du Foyer est à étayer, en appui sur l'intervention et le conseil des infirmières	Envisager une utilisation plus opérationnelle et partagée des fiches « incident » (appropriation et utilisation de l'outil par les professionnels ; analyse globale régulière à visée préventive). Renforcer la traçabilité de la distribution des médicaments. Envisager un travail de concertation renforcée avec les infirmières afin d'améliorer cette gestion.
Evaluation externe du Foyer de vie Les Clauds de Laly – Juillet 2015			58

2. Appréciation globale de l'évaluateur externe

► Déroulement de l'évaluation :

L'accueil réservé aux évaluateurs externes a été de bonne qualité.

L'établissement a mis à disposition des évaluateurs un ensemble documentaire complet en amont de la visite et pendant celle-ci.

La disponibilité des professionnels a été appréciée. La procédure d'évaluation externe s'est déroulée dans des conditions adaptées, propices à une dynamique positive autour des questions de l'évaluation et du processus d'amélioration continue de la qualité.

► Points forts de l'établissement :

Le foyer met en œuvre des projets personnalisés de qualité, permettant une réelle individualisation des accompagnements, en appui sur les attentes des usagers.

Les dispositifs d'expression sont divers et complémentaires.

Chaque résident dispose d'un dossier structuré et cohérent.

Les droits des usagers et la bientraitance font l'objet d'une mise en œuvre opérante.

Les outils et modes de coordination sont efficaces.

► Points de vigilance identifiés :

Le foyer devra veiller à réinvestir sa démarche qualité (mise en place d'un comité de pilotage, actualisation, mise en œuvre et suivi du plan d'amélioration...) en appui sur une méthodologie permettant une participation collective des professionnels.

Le CVS gagnera à être mis en place pour le seul foyer (aujourd'hui commun EHPAD-Foyer).

Les modalités d'intervention des infirmières (présence aux transmissions et aux réunions, présence effective sur le foyer, coordination avec l'équipe d'accompagnement) ne donnent pas satisfaction.

La gestion des médicaments ne fait pas l'objet d'un cadre suffisamment repéré et sécurisant pour les équipes.

Le futur projet d'établissement devra être élaboré de façon participative, gagner en opérationnalité et intégrer notamment la problématique du vieillissement des usagers et les adaptations que ce phénomène induit.

3. Méthodologie de l'évaluation externe

Implication de la direction et du Comité de pilotage Qualité	La direction et la coordinatrice ont a été rencontrés au début de la visite, puis à son terme. Les grandes orientations et projets de l'établissement ont été présentés. Un entretien a été conduit avec les personnes ayant participé aux évaluations internes.
Implication des équipes	Des salariés de l'ensemble des services ont été rencontrés, en entretiens collectifs d'équipe, ou individuels. Le climat des entretiens a été de bonne qualité, avec des échanges nombreux et des professionnels ouverts au dialogue.
Association des usagers	Les usagers ont, pour leur part, été consultés lors de la visite sur site. Un groupe d'environ 15 personnes, comportant notamment des élus aux CVS, a été rencontré. Les échanges ont été aisés, la dynamique des entretiens a permis l'expression des personnes accompagnées sur des thématiques en lien avec leur vie quotidienne.
Association des parents et responsables légaux	Toutes les familles et/ou représentants légaux ont été destinataires d'un questionnaire, auquel 4 ont répondu (adressage direct à <i>Réalités& Projets Consultants</i>).
Consultation des partenaires	Un questionnaire a été adressé à un ensemble de partenaires dans les semaines précédant la visite. Au total 2 questionnaires ont été retournés à <i>Réalités& Projets Consultants</i>.

4. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'établissement	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
La responsable du service Foyer de Vie, ainsi que la cadre de santé de l'EHPAD et le directeur délégué de site ont particulièrement appréciés la méthodologie employée pendant cette évaluation externe. La rigueur méthodologique et l'écoute attentive des évaluateurs ont permis des échanges authentiques. Cette évaluation extérieure était attendue des équipes car elle permet de valoriser leurs pratiques et d'améliorer ces dernières.	Les conclusions de l'évaluation externe reflètent la dynamique du Foyer de Vie. L'équipe de l'établissement des Clauds de Laly se reconnaît tant dans les points forts que des axes d'amélioration. Cette démarche et les conclusions qui en découlent permettront de renforcer la démarche qualité des équipes, notamment au travers des échanges réalisés pendant l'évaluation

Etablissement : EHPAD de VILLEFRANCHE DU PERIGORD
« Les Clouds de Laly »

EVALUATION EXTERNE / 2014

SYNTHESE

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement ou du service en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles).

Introduction

1. *La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés ;*

La phase d'évaluation s'est déroulée autour d'équipes pluridisciplinaires

Le Rapport d'Evaluation Interne est remis en décembre 2013 à l'ARS et au Conseil général

Le référentiel d'autoévaluation interne utilisé est un référentiel personnel.

La méthodologie et les supports de travail comme le Plan d'actions sont cohérents et détaillés.

Les réunions de coordination dans le suivi des plans d'actions doivent se poursuivre et la participation à ces réunions doit être tracée.

L'exploitation du référentiel est réalisée en interne avec l'implication des équipes ainsi que les usagers.

Il est préconisé également de mettre en place un planning relatif à toutes les évaluations générées par les actions d'améliorations (documents, procédures, réalisations, ...)

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

Les recommandations ANESM sont évoquées dans le rapport d'évaluation interne.

Le professionnalisme de l'organisation et les compétences mises à profit dans le partage des ressources avec le centre hospitalier génère une prise en charge qui prend en compte les items au sein d'équipes multi-professionnelles.

L'appropriation des recommandations de l'ANESM par les professionnels de l'EHPAD est à conforter en faisant le lien entre les actions menées et les recommandations.

Volet A

Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;

Le projet d'établissement (2011-2015) est dans une orientation de prise en charge médicale et de soins continue et efficace.

Le projet d'établissement est en cohérence avec les missions de l'EHPAD.

Les spécificités liées au lieu de vie de l'EHPAD y sont développées ;

La prise en charge effective du résident est en adéquation avec les missions attendues d'un EHPAD, notamment

- L'accueil et l'hébergement des personnes âgées dépendantes ou non, quelque soient leurs dépendances, et quelque soient leurs situations sociales et ce jusqu'en fin de vie,
- Le soutien des résidents en situation de dépendance,
- L'accompagnement psychologique,
- L'assurance de soins adaptés,
- Le maintien de leur autonomie,
- L'offre d'un lieu de vie sécurisant.

L'organisation de l'EHPAD s'inscrit dans la continuité de la prise en charge du patient.

La déclinaison des objectifs se traduit également en termes de formations professionnelles ciblées, de coordination de la prise en charge.

La formalisation du suivi et leurs indicateurs sont à construire,

4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention ;

Une recherche d'économie est faite notamment par une direction commune avec le Centre Hospitalier de BELVES et de BERGERAC.

Le prix de journée est stable

5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences) ;

Les prestations d'accompagnement, de restauration, d'hébergement sont cohérentes.

Les professionnels sont formés et diplômés.

Les entretiens annuels du personnel participent à la construction du plan de formation.

Des formations professionnelles visant une meilleure qualité de prise en charge sont effectuées dans le cadre d'un plan de formation annuel.

6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences ;

Le plan de formation est en adéquation avec les besoins et les attentes des usagers

Les temps de transmissions et d'échanges pluridisciplinaires sont structurés et bénéficient d'une bonne traçabilité notamment par les comptes-rendus.

La coordination des équipes multi-professionnelles conduisent à des actions d'amélioration de la prise en charge de l'usager.

7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines ;

L'implication et la cohérence de l'équipe de direction favorise une dynamique professionnelle en progression.

Les rencontres multi-professionnelles sont nombreuses et efficaces.

Les échanges se font dans une écoute partagée et constructive.

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

Il existe un ensemble de protocoles de soins liés aux actes essentiels de la prise en charge : Douleur, contention, incontinence, chute, escarres, canicule, ...)

La continuité de prise en charge jour / nuit est assurée.

L'utilisation du réseau informatique et de l'intranet favorise une diffusion et une appropriation efficace.

Les réunions de coordination multi-professionnelles permettent une prise en charge suivie et adaptée.

Les transmissions des IDE, aides-soignantes et ASH se font à chaque changement d'équipe pendant 30 minutes dans le pôle soin de l'EHPAD ;

9. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS ;

Un projet de vie individualisé est présent pour chacun des résidents, il est construit dans les deux mois de l'arrivée du nouveau résident.

Il est évalué dans la continuité entre l'équipe de soins et l'équipe d'animation.

Volet B

L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement ;

De fait la continuité de la prise en charge des résidents s'inscrit dans une organisation portée par différents partenariats avec des centres hospitaliers et le CIAS et en cohérence avec l'offre territoriale

L'inter-filière gériatrique optimise le parcours de soins de la personne âgée dans le territoire.

L'animation bénéficie de l'intervention ponctuelle de quelques bénévoles.

Leur présence et leurs activités doivent être développées dans le cadre d'un plan d'actions.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

Il n'y a pas d'évaluation ou de formalisation sur la perception des partenaires.

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

L'organisation du CVS ainsi que les nombreuses activités externes permettent des échanges et l'intégration de personnes extérieures à la vie et aux projets personnalisés.

Le rythme des réunions doit être renforcé (1 seule réunion en 2013 et 2 en 2014)

Les services de la direction permettent la coordination de la prise en charge avec la participation active des responsables de l'EHPAD.

13. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS ;

Les actions engagées vont dans le sens de l'amélioration du cadre de vie et le confort des résidents.

Les programmes de l'animation développent des activités ouvertes sur l'extérieur de l'établissement dans le cadre de rencontres diversifiées.

Volet C Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire ;

Les recueils des habitudes de vie sont systématiques.

Les projets de vie individualisés sont mis en œuvre et réactualisés

Ils se développent en adéquation avec le projet d'animation.

15. Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant.

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées ;

L'actualisation des projets de vie individualisés est continue, pluridisciplinaire et intègre le résident et/ou sa famille.

L'implication des équipes permet d'adapter au plus juste les besoins particuliers des résidents

17. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant

Le livret d'accueil, la charte des droits et libertés remis au début de la prise en charge permettent au patient de s'intégrer dans le processus de prise en charge.

Un affichage complète cette information.

Une organisation est en place pour les demandes d'accès aux dossiers

Les réunions du CVS sont également un vecteur d'échanges structurés. Le rythme des réunions doit évoluer

18. la prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers

Il existe un accueil physique et téléphonique.

L'accueil téléphonique est permanent, avant et après ouverture et fermeture de l'accueil physique, les personnels soignants prennent le relais.

Les échanges journaliers et les réunions de transmissions intègrent et formalisent les avis et demandes des usagers et de leur famille.

Les réunions du CVS permettent aux usagers et aux professionnels d'échanger et de mettre en place des actions d'amélioration.

L'exploitation du questionnaire de satisfaction génère des actions d'amélioration

19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement ;

L'exploitation des doléances lors de la réunion de CVS et lors des échanges entre les résidents et les équipes la prise en compte des avis et remarques des usagers et de leur famille est traitée et donne lieu à des actions spécifiques.

Volet D :

La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

20. Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité ;

Le projet d'établissement définit les valeurs au regard de la prise en charge des résidents.

Les principes de « la charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante » sont remis systématiquement aux résidents et leur famille.

Les valeurs du respect et des droits de l'usager sont relayées par l'équipe de direction et les intervenants au quotidien.

21. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance ;

Il n'y a pas de fiche de recueil des événements indésirables. Elle est à créer et à mettre en place.

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels ;

Les pratiques professionnelles font l'objet de discussions, de réadaptation au besoin et d'échanges constants entre collègues.

La coordination de l'organisation est assurée mais leur formalisation est à construire

L'accompagnement des équipes par les responsables est pertinent et de proximité.

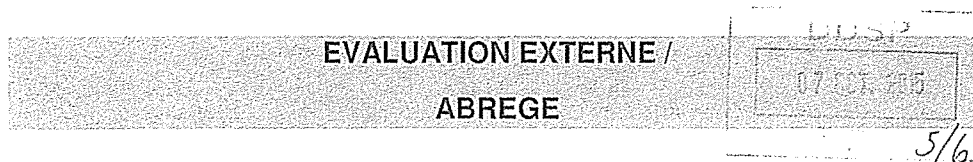
Les réunions de services et de projets font l'objet de comptes-rendus.

La formation professionnelle continue proposée par l'établissement est cohérente sur le développement professionnel et la prévention des risques.

Le 03 octobre 2015

Patrick GRETKE

Etablissement : **EHPAD de VILLEFRANCHE DU PERIGORD**
« Les Clauds de Laly » 2014



Cet abrégé a pour objectif de traduire la dynamique de l'évaluation externe. A cet effet, l'abrégé présente les items contenus dans la synthèse de l'évaluation externe retenus comme force et/ou faiblesse et pour lesquels il est fait des propositions ou préconisations dans le rapport d'évaluation externe.

La méthode de remplissage consiste, pour chacune des sept rubriques, à noter les forces « et » les faiblesses à partir de la synthèse de l'évaluation externe. En effet, chaque rubrique ne peut être réduite à l'une ou l'autre de ces deux dimensions. L'approche du réel par la complexité consiste à chaque fois à identifier en quoi la rubrique présente une force « et » une faiblesse, ces deux aspects étant toujours contenus dans les faits observés.

L'expression des propositions/préconisations apparaît alors différente si la réalité a été exposée dans sa complexité. Elle n'est plus la sanction de ce qui « ne va pas » mais la dynamique à créer pour poursuivre l'évolution du projet.

La huitième rubrique permet de recueillir l'appréciation globale de l'évaluateur externe

La neuvième permet de recueillir les éléments de méthodologie de l'évaluation externe

Enfin la dixième et dernière recueille les commentaires de l'ESSMS sur le déroulement et les conclusions de l'évaluation externe

1. La démarche d'évaluation interne *

(Exemples d'items : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats ...)

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/ préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne,	Méthode type « gestion de projet » avec la mise en place d'un comité de pilotage, la mise en place de groupes de travail dans une méthodologie formalisée	Pas de faiblesse identifiée	Une méthodologie à reproduire
Modalités de participation des usagers	Evaluation incluant des résidents et des familles	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
Communication et diffusion des propositions d'amélioration	Communication des résultats au CVS, aux DP, au personnel	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
Modalités d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité,	Des axes prioritaires annuels ont établis Un Plan Pluriannuel d'Amélioration de la Qualité a été mis en place	Une coordination et un suivi des plans d'actions effectués, la traçabilité est à améliorer	Tracer les rencontres de coordination du suivi des plans d'actions Etablir un planning des évaluations
Choix du référentiel de l'évaluation interne	Le référentiel d'autoévaluation interne utilisé est un référentiel personnel.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisations

2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'ESSMS.

(Exemples d'items : Modalités d'appropriation des recommandations, mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/ préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'appropriation des recommandations,	Les recommandations de l'ANESM sont évoquées dans l'évaluation interne comme références et sont repris dans les axes d'amélioration à mettre en place.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités	L'organisation et les compétences mises à profit dans le partage des ressources avec le centre hospitalier génèrent une prise en charge qui prend en compte les recommandations de l'ANESM au sein d'équipes multi-professionnelles.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation

3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.

(Exemples d'items : Caractérisation de la population accompagnée ; modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service ; adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée ; ...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/ préconisations formulées par l'évaluateur externe
Caractérisation de la population accompagnée	Les évaluations GIR et PATHOS sont utilisées avec une planification interne La caractérisation de la population est faite dans le cadre de la convention tripartite et de la présentation budgétaire annuelle.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisations
Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service		La formalisation du suivi	Formaliser les indicateurs de suivi, notamment ceux de la prise en charge des résidents sur lesquels des actions peuvent être construites.
Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée	L'établissement dispose d'une culture d'amélioration continue des prestations qu'il propose à ses usagers	La sécurisation du circuit du médicament	Evaluer le circuit du médicament dans son fonctionnement et sa sécurité Formaliser la procédure

4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

(Exemples d'items : Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur, Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/ préconisations formulées par l'évaluateur externe
Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur	La dynamique d'intégration de l'EHPAD dans une direction commune avec le centre hospitalier de BELVES et de BERGERAC offre une rationalisation des moyens et une qualité de prise en charge de la personne âgée dépendante.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisations
Communication de l'établissement sur l'extérieur.	La communication relative à l'EHPAD bénéficie de la dynamique de communication des différents partenariats.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement,	L'ouverture tracée dans le rapport de l'évaluation interne, repose sur différents conventions et partenariats : (CIAS, Centres Hospitaliers)	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation

5. Personnalisation de l'accompagnement

(Exemples d'items : capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne, conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé, ...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/ préconisations formulées par l'évaluateur externe
Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne,	L'accueil du résident est structuré de manière à recevoir avant et au cours de son admission ses attentes, ses envies, ses besoins ainsi que les attendus de sa famille.	Pas de faiblesse identifiée	Développer les indicateurs de prise en charge
Conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé	Chaque résident a son projet de vie individualisé. Celui-ci est fait dans les deux premiers mois de l'arrivée du résident par l'équipe d'animation et l'équipe soignante.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers	L'établissement organise la répartition des équipes et développe des moyens coordonnés pour répondre au plus près aux attentes et besoins des usagers, tout en tenant compte de ses ressources.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

(Exemples d'items : Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers, prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/ préconisations formulées par l'évaluateur externe
Effectivité des droits individuels et collectifs, de la participation collective des usagers	Les principes de « la charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante » sont remis systématiquement aux résidents et leur famille.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers	Effectivité du CVS Des comptes rendus de CVS qui traduisent les échanges	Pas de faiblesse identifiée	Accentuer le fonctionnement du CVS dans son rythme.
Dispositif d'écoute	Dans le fonctionnement quotidien, les doléances des résidents s'expriment auprès de l'équipe de l'EHPAD qui gère au cas par cas et en comité pluridisciplinaire les demandes.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation

7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

(Exemples d'items : Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité, prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS, dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques, modes de concertation, traitement des faits de maltraitance,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/ préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement identifiés par l'ESSMS,	Un recueil d'informations concernant l'état de santé, l'autonomie, les rituels et habitudes, est réalisé et donne lieu à des transmissions. Le dossier médical et paramédical est informatisé (observations médicales, plan de nursing, transmissions ciblées, suivi transit, aides alimentaires, fiche de soins, projet de vie personnalisé)	Les prescriptions médicales doivent être systématiquement formalisées Mettre en place les transmissions ciblées	Etablir la périodicité des bilans individuels La formalisation liée à la coordination de l'organisation. Une évaluation sur les prescriptions et la formalisation des pratiques liées à la douleur est à mettre en place.
Dispositions mises en place dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques	Un plan de formation concerté et en lien avec les attentes et besoins de l'usager, d'une part, et les attentes et besoins des professionnels, d'autre part.	Pas de faiblesse identifiée	
Modes de concertation	CVS, Réunions, Management participatif (usagers, familles, personnels), groupes de travail thématiques.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
La sécurité des biens et des personnes	Le registre de sécurité est en place : Les maintenances et les vérifications techniques obligatoires sont suivies: Le carnet sanitaire assure le suivi des risques de légionellose et de leurs actions préventives	Le document unique de sécurité est à mettre en place.	Poursuivre le partage des ressources et compétences avec le Centre Hospitalier de Belvès, notamment sur la mise en place du document unique

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

Le déroulement de la phase évaluative et la rencontre avec les équipes et les usagers se sont déroulés conformément au cadrage établi et dans des conditions d'échanges constructifs.
La démarche d'évaluation externe a été reconnue par l'équipe comme une source d'amélioration pour le service rendu aux usagers, pour améliorer les conditions de travail et optimiser les moyens de l'EHPAD au service des résidents et de leur famille.
La participation aux entretiens a été constructive, la coordination de l'organisation facilite l'appropriation des avancées
L'établissement est dans une phase active de déroulement d'actions d'améliorations générées en grande partie par le résultat de l'évaluation interne.
La mise en place d'un système évaluatif doit se poursuivre dans la continuité des actions.
Pour ce faire le développement de l'utilisation d'indicateurs de performances et d'outils de gestion des événements indésirables renforcera la dynamique d'amélioration de la prise en charge.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

(Exemples d'items : descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche, modalités d'implication des équipes (Direction et personnels), modalités d'association des usagers, nombre d'entretiens conduits, nombre de jours pour conduire l'évaluation externe, dates de début et de fin de mission ...)

Items (5 maximum)	
Préparation de l'évaluation, cadrage	Avant l'évaluation sur le site une réunion de cadrage est organisée sur le site ; Un plan d'évaluation est remis à la structure évaluée, il comporte les items suivants : Planification de la démarche Liste des documents à consulter Plan de communication Organisation des entretiens Documents de l'évaluation externe remis à la structure Données relatives à l'évaluation interne
Information	Une information sur les items du plan d'évaluation est délivrée auprès de l'ensemble de l'équipe et a permis de conforter leur implication dans le déroulement de l'évaluation.
Entretiens	Des entretiens individuels ou collectifs sur la base de questionnaires sont réalisés avec l'équipe professionnelle de l'EHPAD, les représentants des usagers et institutionnels. Une visite de l'établissement a permis la prise en compte de la situation de la prise en charge in situ.
La restitution du pré-rapport	La lecture du pré-rapport est effectuée sur le site, les échanges se poursuivent par téléphone ou email.
Le rapport	le rapport comprend : Le rapport Le plan d'évaluation Une synthèse Un abrégé

10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe

Le 03 octobre 2015

Patrick GRETKE

ANNEXE N°6 : BBZ FOYER DE VIE

Charges groupe I	153 953	153 953	0	0,00%
Charges groupe II	615 277	615 277	0	0,00%
Charges groupe III	104 001	104 001	0	0,00%
Total classe 6	873 231	873 231	0	
Recettes groupe I	807 225	807 225	0	0,00%
Recettes groupe II	0		0	
Recettes groupe III	0		0	
Total classe 7	807 225	807 225	0	
Résultat comptable	0	-66 006	-66 006	
Comptes 116,...				
Résultat N-2	66 006			
dépenses non reconductibles	0	0		
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	807 225	873 231	66 006	8,18%
Activité en jours	7 016	7 016		
Prix de journée	115,05	124,46	9,41	8,18%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	873 231	873 231	-0,06	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	115,05	124,46	9,41	8,18%



Résidence « La Porte d'Aquitaine »
E.H.P.A.D.
24490 LA ROCHE CHALAIS

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2018-2022

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

L'EHPAD « La Porte d'Aquitaine »

24490 La Roche-Chalais

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	5
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	5
2) L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire.....	6
3) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	6
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	7
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	7
4.2 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	9
4.3 Les frais de siège.....	10
4.4 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 10	
4.5 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM	10
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	10
5) Le suivi et l'évaluation du contrat	10
6) Le traitement des litiges	12
7) La révision du contrat.....	12
8) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	12
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	12
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD	12
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	14

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le CPOM :

Le Conseil départemental de la Dordogne, représenté par Monsieur Germinal PEIRO, Président, dénommé ci-après le département ;

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, représentée par Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur Général, dénommée ci-après Agence Régionale de Santé ;

Et enfin,

L'établissement médico-social communal, représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, Mme DELIBIE Maryse, Directrice.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2012-2017 ;

Vu le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2014 - 2019 ;

Vu l'arrêté n° 2016-84/DOSA/CD et n° SPAE-17-029 du 28 décembre 2016 relatif à la programmation des Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens des ESMS du département de la Dordogne 24 (Région Nouvelle-Aquitaine) ;

Vu la délibération du Conseil d'administration de l'organisme gestionnaire de l'établissement public EHPAD « La Porte d'Aquitaine » en date du 20/12/2017, approuvant la démarche contractuelle ;

Vu la délibération n° _____ de la Commission Permanente du Conseil départemental en date du _____, autorisant Monsieur le Président du Conseil départemental à signer le présent contrat pluriannuel ;

VU la décision du 21 novembre 2017 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule :

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne et l'EHPAD la porte d'Aquitaine 24490 La Roche Chalais conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagement réciproque tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun.

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le département de la Dordogne et l'EHPAD « La porte d'Aquitaine » 24490 La Roche Chalais, sur la base des éléments financiers et des obligations techniques connues au jour de la signature et repose notamment sur :

- un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement des axes stratégiques, de l'établissement précité ;
- les obligations respectives de chacun des cocontractants ;
- des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- les modalités de fixation de la tarification pour la section hébergement ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

Présentation du gestionnaire

- Numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS : 240000844
- Statut juridique de l'entité gestionnaire : établissement social et médico-social communal
- Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : EHPAD, 100% hébergement permanent
- Organigramme de l'entité gestionnaire : Pièce jointe
- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : EHPAD la Porte d'Aquitaine
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
- Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : janvier 2002
- Projet(s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu(s) susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM : acquisition d'un local pour des activités à l'attention des personnes âgées du territoire et de l'accueil de jour porté par le CHICRDD, sous réserve d'autorisation ;
- Référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ces établissements et services :

EHPAD La Porte d'Aquitaine : accueil pour personnes âgées dépendantes : 78 places
accueil pour personnes âgées Alzheimer ou maladies apparentées : 26 places
pôle d'activité et de soins adaptés.

- Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)

« L'EHPAD « la porte d'Aquitaine » est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil général en date du 29 Janvier 2010 pour la totalité de ses lits d'hébergement (en pièce jointe) permanent autorisés (104 places). A ce titre, le présent contrat vaut convention d'aide sociale au sens de l'article L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles. Il sera fait application des dispositions du règlement départemental d'aide sociale ».

- Partenariat(s) existant(s) et formalisé(s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services

Direction commune avec le CHICRDD et dans ce cadre mutualisation de personnel et d'outil informatique (gestion documentaire)

2) L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES CPOM SIGNES PAR LE GESTIONNAIRE

Sans objet.

3) OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

Axe 1 : Parcours et Coordination :

Fiche 6.1 – recours à l'HAD

Fiche 7.1 – recours aux services de soins palliatifs

Axe 2 : Repositionnement de l'offre et Innovation :

Fiche 13 – améliorer l'accès aux soins

Fiche 14 – développer des actions en faveur de la prévention à l'attention des personnes du territoire

Axe 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins :

Fiche 5 – sécurisation du circuit du médicament

Fiche 8 – formation à la promotion de la bientraitance, et à l'évaluation de la douleur

Fiche 10.1 10.2 10.3 – prévention des chutes

Fiche 11.1 et 11.2 – prévention du risque de dénutrition

Axe 4 : personnaliser l'accompagnement :

Fiche 1.1 – réactualisation du projet de vie individualisé

Fiches 3 – mise en œuvre des directives anticipées

Fiches 4 – définition et fonctionnement de la commission d'animation.

Fiche 12.1 – accès à la citoyenneté et inclusion sociale

Axe 5 : Performance et Management de la Qualité.

Fiche 2.1 à 2.4 - mise en place d'une gestion documentaire informatisée et gestion des fiches d'évènements indésirables

Fiche 9.1 et 9.2 – satisfaction des résidents et de leur famille

4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

Dans le cadre de la remise de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 31 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

4.1.. Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM

Les dispositions budgétaires et financières sont mises en œuvre dans le cadre de la politique régionale d'allocation de ressources de l'ARS, déclinée dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et du périmètre des Dotations Régionales Limitatives (DRL) allouées par le niveau national.

Pour les EHPAD :

Le financement de l'ESMS La porte d'Aquitaine, entrant dans le champ d'application du contrat, est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-11 et R.314-39 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le contrat repose sur une tarification forfaitaire « à la ressource », calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD, s'agissant du forfait global de soins et du forfait global de la dépendance, selon les modalités ci-après :

- **Le forfait global de soins**

Le forfait global relatif aux soins est défini à l'article R. 314-159 du CASF, il correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R. 314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autres part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Dans ce cadre, lors de nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Il comprend :

- *La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente ;*
- *Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier).*
- *Les financements complémentaires prévisionnels*

Pour les établissements n'ayant pas atteint la dotation cible, pour les années 2017 à 2023, une convergence en 7 ans vers le niveau de ressource cible (résultat de l'équation tarifaire) est mise en œuvre sans possibilité de modulation de ce principe de convergence pour la dotation soins (article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015).

Durant la période s'étalant de 2018 à 2023, le seuil de déclenchement de la modulation variera en fonction de la situation de l'établissement.

Il est prévu trois situations :

- pour les établissements qui perçoivent 100% ou plus du résultat de l'équation tarifaire, le seuil de déclenchement de la modulation qui porte sur les financements versés au titre de l'hébergement permanent est de 95% ;
- pour les établissements qui perçoivent de 90% à 100% du résultat de l'équation tarifaire, le seuil de déclenchement de la modulation est de 90% en 2018, 91% en 2019, 92% en 2020, 93% en 2021, 94% en 2022 et 95% à compter de 2023 ;
- pour les établissements qui perçoivent moins de 90% du résultat de l'équation tarifaire, la modulation en fonction de l'activité ne s'applique pas.

A compter de 2024, tous les établissements percevront la totalité de leurs forfaits globaux soins, le seuil qui s'appliquera sera alors de 95% pour tous les établissements.

La possibilité de modulation concerne également les financements négociés dans le CPOM et qui constitue le forfait global de soins, à savoir les modalités d'accueil particulières (AJ, HT, UHR, ...)

Les seuils de déclenchement correspondent aux moyennes régionales des taux d'occupation relatifs à ces modalités.

Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La DGS financée par l'assurance maladie sera actualisée dans le respect des dispositions réglementaires y afférent.

- Le forfait global relatif à la dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Le cas échéant, au forfait global dépendance, s'ajouteront les recettes tirées de l'activité des places d'hébergement temporaire, ainsi que des places d'accueil de jour.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

- La tarification de l'hébergement

Le financement des établissements et services du gestionnaire est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles R.314-39-1 à R.314-43-1 du CASF. Le contrat ne peut déroger aux règles d'établissement et de transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et d'un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

Ainsi, pour l'EHPAD « La porte d'Aquitaine », la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat, soit 2 365 430,47 € pour la section hébergement.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul.

	Hébergement
Groupe 1	370 682,00 €
Groupe 2	1 189 512,23 €
Groupe 3	817 236,24 €
Total dépenses	2 377 430,47 €
- recettes en atténuation	- 360 844,86 €
- crédits non reconductibles	
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	
= Dotation globalisée initiale	2 016 585,61 €

Sur la base de cette dotation globalisée initiale, il est convenu d'appliquer la formule de revalorisation suivante :

Tarif N =

Base reconductible des tarifs (dotation globalisée initiale, puis N-1)

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

Augmentée ou diminuée des incidences des PPI autorisés

/ activité prévisionnelle

L'activité prévisionnelle sera calculée conformément à l'article R. 314-181 du code de l'action sociale et des familles.

4.2.. Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

Dans le cadre du CPOM, le principe retenu est celui de la non reprise des résultats par les autorités de tarification.

Le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service.

Cependant, les résultats peuvent être affectés de manière globale puisque le bilan est commun au périmètre des structures du CPOM et donc de l'EPRD en règle générale (R.314-234 du CASF). Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire (sections hébergement/dépendance/soin) mais sur le résultat global du compte de résultat.

Il est convenu que les résultats excédentaires devront aller par ordre de priorité à :

- La réserve de compensation d'éventuels déficits ;

- La réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié à des investissements nouveaux selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI (si le PPI présente des surcoûts non couverts, les excédents devront être affectés en priorité à leur financement) ;

- La réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI.

Cette priorisation peut être revue sur la durée du CPOM.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire. Ils sont couverts, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat.

L'ARS et le Département conservent la possibilité de réformer le résultat (article R.314-236 du code de l'action sociale et des familles) s'ils constatent des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification peut tenir compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit.

4.3.. Les frais de siège

Sans objet.

4.4.. Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) approuvé le 16/04/2013, par courrier référencé SPAE/PI/JF/2013/n°837 est intégré au présent contrat et joint en annexe.

Toute révision importante du PPI, de son plan de financement ou des emprunts, lorsque ces modifications sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges de la section d'exploitation, font l'objet d'une approbation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du Conseil départemental, dans les conditions fixées à l'article R314-20 du CASF.

4.5.. Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM

Conformément aux dispositions du B du IV ter de l'article L 313-12 du CASF, et sans préjudice de l'article L315-14 du même code, le présent contrat peut intégrer un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

5) LE SUIVI ET L'EVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) du Conseil départemental ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'organisme gestionnaire ;
- Le cas échéant, autres partenaires.

Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

- Documents à produire :

Dans le cadre du dialogue de gestion, le gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 du CASF pour les établissements relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Cet EPRD est lié à la remise de documents de clôture budgétaire suivants :

- un Etat Réalisé des Recettes et de Dépenses (ERRD) au titre de l'exercice N-1 avec un état des charges et des produits de chaque établissement,
- une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retrace par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte,
- la décision d'affectation du résultat de l'exercice N-1,
- un rapport d'activité,
- le cas échéant un Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé par structure et consolidé,
- un bilan sur la gestion et l'utilisation des produits financiers,

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où la date est fixée au 31 juillet N+1

A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.

- Les dialogues de gestion

Le comité de suivi se réunit à deux reprises au cours du contrat :

- au cours de la troisième année, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires. Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.
- au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

- Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

6) LE TRAITEMENT DES LITIGES

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'accord amiable, le différend pourra être porté devant la juridiction compétente.

7) LA REVISION DU CONTRAT

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

8) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à la convention tripartite pluriannuelle de l' EHPAD la Porte d'Aquitaine.

9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2018, pour une durée de 5 ans.

10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait le :

La Directrice de la Délégation
Départementale de la Dordogne
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

La Directrice,
Mme Maryse DELIBIE
Représentant légal de l'établissement,

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires comme le corps du contrat, sauf contre-indication mentionnée ci-dessous.

➤ LISTE DES ANNEXES

Les annexes suivantes sont obligatoires et communes à tous les CPOM. Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM.

- ANNEXE 1 : diagnostic partagé
- ANNEXE 2 : _procès-verbal de la commission de sécurité et de la commission d'accessibilité
- ANNEXE 3 : Les fiches actions
- ANNEXE 4 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs (cf. tableau infra)

Une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution. Cette annexe devra être actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Pour ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

- ANNEXE 5 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Cette annexe est obligatoire pour ceux des établissements concernés. Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

➤ **Les documents suivants sont obligatoirement annexés au contrat car ils permettent d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services. Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM :**

- ANNEXE 6 : Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (2010), si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

DIAGNOSTIC PARTAGE ET DEVELOPPEMENT DES AXES STRATEGIQUES

PREALABLES A LA CONTRACTUALISATION

I. DIAGNOSTIC COMMUN A TOUS LES ESMS (ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX)

Périmètre du CPOM

N° FINESS	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Statut ou Convention Collective	Capacités autorisées et installées / files actives effectives à la date d'effet du CPOM
240002212	EHPAD LA PORTE D'AQUITAINE 24490 LA ROCHE CHALAIS	Etablissement public	104

ORGANISME GESTIONNAIRE :

Politique de ressources humaines

- Principaux axes de la politique des RH :

Maîtrise de la masse salariale
 Qualification continue des professionnels avec une diversification des modes de formation
 Formation diplômante des ASH en AS
 Optimisation des organisations avec notamment l'intégration des postes aménagés

- Modalités de mise en œuvre d'une politique de RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les établissements et services couverts par le CPOM :

Présenter les évolutions prévisionnelles du GVT (Glissement Vieillessement Technicité) pour identifier la progression globale, positive ou négative

- GVT prévisionnel sur la durée du CPOM :

Total établissements	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	total
Nb total points						
Moins les points des personnes partant en retraite						
Plus les points des entrants						
Total points						
Variation annuelle du nbre de points						
Hypothèse valeur de point						
Hypothèse taux de charge						
Variation du nbre de points en €						

Total établissements	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	total
Indemnités de départ à la retraite						
Provisions mobilisables à la date de réalisation du diagnostic						
Solde des Provisions à financer						

Projection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite :

ESMS	Nombre d'agents susceptibles de partir en retraite	Politique RH : Remplacement ou suppression poste	Marge réalisée cohérente aux décisions RH	Explications de l'utilisation des marges de manœuvre
ANNEE N : ESMS XXX	2	R		
ANNEE N + 1 : ESMS XXX	3	R		
ANNEE N + 2 : ESMS XXX	3	R		
ANNEE N + 3 : ESMS XXX	4	R		
ANNEE N + 4 : ESMS XXX	3	R		
TOTAL	15			

Coopérations

- Coopérations mises en place *entre ESMS couverts par le CPOM* pour améliorer l'accompagnement des personnes (préciser l'objet, la forme juridique, les dates de mise en œuvre, ...) :

Coopération étroite avec le CHIC RDD, politiques communes (qualité, gestion documentaire, mobilité entre les structures facilités...) direction commune
 Les autres coopérations sous formes de convention ou d'activité en réseau concernent l'animation

- Coopérations établies entre les ESMS couverts par le CPOM et des partenaires extérieurs pour la prise en charge sanitaire des personnes : professionnels de santé libéraux, établissement de santé... (Préciser l'objet, la forme juridique, les dates de mise en œuvre, ...):

Pas de conventions avec les médecins libéraux
 Convention avec la pharmacie de ville
 Direction commune avec le CHIC RDD
 Convention avec Libourne CH service de gériatrie
 Convention avec le CHU et TSA (télémédecine)
 Convention avec novabio (laboratoire d'analyse)

- Coopérations établies entre les ESMS couverts par le CPOM et des partenaires extérieurs dans le domaine éducatif, social et socioprofessionnel (préciser l'objet, la forme juridique, les dates de mise en œuvre, ...) :

Convention avec ma MAIA implication forte de la direction dans le fonctionnement
 Convention avec le centre de loisir sans hébergement de La Roche Chalais
 Fonctionnement en proximité avec le CCAS et la commune (pas de convention mais des actions et des projets communs notamment dans le cadre des travaux EHPAD centre ressource.

Evaluations internes et externes

- Préciser la situation des établissements et services au regard du calendrier de l'évaluation interne et externe.

Evaluation interne

Etablissements et services couverts par le CPOM	Echéances évaluations internes	Dates de Réalisation	Appréciations globales de l'évaluateur Propositions, préconisations

Evaluation externe

Etablissements et services couverts par le CPOM	Echéances évaluations externes	Dates de Réalisation	Appréciations globales Propositions, préconisations
EHPAD		Juillet 2010	

Existe-t-il des démarches qualités communes et transversales à tous les ESMS ?

Informatisation

- Point sur la démarche d'informatisation engagée au niveau de l'association gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat

Etat des lieux :

Le Système d'information a subi de grosses transformations en 2013.

Un serveur centralise les accès au domaine via son Active Directory, les applications administratives GEPSS pour les finances, le logiciel Titan de Malta Informatique pour le Dossier Patient informatisé, Organisor / Progor de Berger Levrault pour la gestion des plannings, toutes les données bureautiques et enfin la sauvegarde des données et des applications via le logiciel Acronis Backup 11.5.

En ce qui concerne la sécurité des données, les sauvegardes sont faites via Acronis vers un boîtier NAS dans un local spécifique, différent de celui du serveur pour parer aux éventuels risques comme le feu, le vol, la dégradation volontaire... Les antivirus Microsoft protègent les postes et le serveur.

Les concentrateurs réseaux HP Procurve assurent le transport des flux réseaux.

Un lien SD SL assure les accès internet et l'application ENNOV partagée avec le CHICRDD

Analyse de l'existant :

Les points forts

- Un serveur de secours est disponible sur site en cas de panne majeure du serveur physique en production.
- L'authentification AD assure un accès sécurisé au domaine LRC.local.
- Les sauvegardes assurent un PRA en cas de pannes et la restauration des données est possible jusqu'à j-15.
- Les antivirus Microsoft assurent à minima la sécurité des postes et du serveur.
- Les accès Internet sont sécurisés grâce au lien du SIL PC et le proxy qui trace l'activité.

Les points faibles :

- La reprise de l'activité peut être longue en fonction de la panne et peut atteindre plus de 3 jours d'arrêt.
- Il n'y a pas de solution de secours informatisée pour le DPI en cas d'arrêt du serveur.
- L'authentification sur le domaine est limitée à 15 utilisateurs car la version de l'OS est 2008R2 Fondation
- Les antivirus Microsoft ne protègent pas des dernières générations de virus comme les RamsonsWares et les mises à jour ne sont pas centralisées, ce qui ajoute du trafic sur le lien ADHERSILPC.
- Les mises à jour Microsoft ne sont pas centralisées et tous les postes font leurs mises à jour vers internet, ce qui provoque également des ralentissements vers internet.

- Il n'existe pas d'interface entre le logiciel de paye et du planning, de même qu'il n'y a pas d'interface entre le logiciel des admissions et le dossier patient. Cela implique des doubles saisies et du temps perdu.
- Pas de matériel en secours pour le réseau (switchs)
- Le domaine LRC.local est isolé et ne bénéficie pas des authentifications du CHICRDD pour se connecter à ENNOV.

Les évolutions à prévoir :

- Améliorer les temps de reprise d'activité : plusieurs possibilités sont envisageables et dépendent des moyens financiers mis à disposition.
 - La virtualisation des serveurs implique le changement du matériel ainsi que le système de sauvegarde.
 - La mise en miroir avec le matériel existant est possible mais peut engendrer des ralentissements et le matériel est en fin de vie.
- Améliorer la sécurité en adoptant la solution Antivirus du SIL, Kaspersky
- Pouvoir augmenter le nombre d'utilisateurs en migrant le serveur AD vers une solution standard et mettre à jour les licences d'accès afin d'améliorer le système d'authentification.
- Intégrer le domaine LRC.local en tant que sous domaine du CHICRDD pour faciliter les accès à ENNOV si cela est possible
- Améliorer les flux internet en centralisant les solutions antivirus et mises à jour Microsoft.
- Améliorer les applications en migrant vers des solutions interfaçables.
- Prévoir du matériel de secours pour les postes de travail et des éléments actifs du réseau (switchs) et remplacer le matériel wifi défectueux.

Redéploiement de l'offre médico-sociale : Synthèse des données de l'ensemble des ESMS

Cette thématique concerne la recomposition de l'offre :

Régulation de l'offre à partir de l'identification de besoins précis
Mutualisation des moyens entre les différents ESMS

La Roche Chalais est partie prenante à part entière du projet de territoire concernant l'accompagnement à domicile des personnes âgées, son activité ainsi se déplace au-delà des murs de l'EHPAD.

Dans ce contexte en novembre a été votée par le conseil d'administration l'acquisition d'un local afin de pouvoir accueillir les personnes âgées du territoire pour des activités socio culturelle, de l'aide aux aidants et un accueil de jour itinérant.

Ce territoire est également concerné par la problématique de l'accompagnement des sorties d'hospitalisation, le projet est porté par le SSIAD du CHICRDD.

C'est par mutualisation et dynamique commune avec le CHICRDD que cette action est possible. Ainsi conjointement il est possible de créer et déployer de véritables services de proximité intégrés à la vie locale et permettant la mise en œuvre d'actions de prévention.

La commune de La Roche Chalais est isolée et doit bénéficier de déploiements de services.

Le projet d'acquisition d'un local a été réfléchi dans le cadre d'un projet de restructuration de l'ancien EHPAD avec un investisseur privé. Sont ainsi associés un lieu d'accueil thérapeutique, d'accompagnement aux côtés du local accueillant l'association des aînés et au sein d'une résidence sénior.

Concernant l'hébergement temporaire dans le cadre de ce CPOM et de celui du CHIC RDD il est nécessaire de réfléchir la couverture en hébergement temporaire. Le plus proche est à Ribérac soit 32 kms. Avec la mise en place de la T2A en SSR la réduction des DMS, il est important de réfléchir d'autres modalités d'accompagnement avant un retour à domicile au risque de mettre en risque la sécurité des personnes isolées.

De part ses compétences l'EHPAD est en mesure d'organiser la prévention et l'accompagnement des personnes en proximité.

L'EHPAD a porté un projet expérimental de mise à disposition du service de consultation par télé-médecine au profit de la population locale, cette expérimentation peine à démarré mais ces derniers temps l'activité se dynamise. Dans un tel changement de culture professionnel il est nécessaire de se donner le temps de l'évaluation. Pour autant la désertification médicale intense sur ce territoire pèse lourdement ou va peser sur la santé des hébergés et des personnes les plus démunies de ce territoire.

ESMS	Capacité initiale	Diminution ou augmentation de capacité	Places redéployée vers ESMS XXXX
EHPAD	104	Hypothèse d'hébergement temporaire 3 places	101 HP et 3 HT

Préciser dans tous les cas de quelle façon les redéploiements seront réalisés.
Faire une projection entre les diminutions, augmentations de capacité, les redéploiements annoncés et de quelle façon seront-ils financés ?

Financement complémentaire pour compenser le manque du taux d'occupation

Dotation Globalisée Commune (D.G.C.) validée, et répartie par ESMS
servant de base reductible au démarrage du CPOM.
Base 31/12/N-1 hors résultats et crédits ponctuels

ESMS	Capacité	Dotation Globalisée Commune
	104	
SOIT AU TOTAL	104	

II. DIAGNOSTIC DE CHAQUE ETABLISSEMENT ET SERVICE COUVERTS PAR LE CPOM

Etablissement/ service XXX

Activité (N-1)

Adaptier en fonction des types d'ESMS

➤ Autorisation :

- 104 places autorisées au total

Modalités de décompte de l'activité	Activité théorique en fonction du nombre de jours d'ouverture	Moyenne du nombre de journées réalisées sur les 3 dernières années	Taux d'occupation (nombre de journées réalisées / nombre de journées autorisées)
Tout type d'ESMS -	38 064	37 166	98.43 %

➤ Commentaires / Forces et Faiblesses Explication sur le niveau du taux d'occupation, l'inadéquation éventuelle de l'autorisation à l'activité effectivement réalisée. Optimisation : Forces et Faiblesses

Caractériser l'inadéquation (ex :au regard du public pris en charge -profil, absences de réponse, au regard de l'implantation géographique ...) La problématique essentielle est l'inadéquation des modalités de financement au regard de la situation géographique de l'établissement, qui génère pour l'établissement des déficits en dépendance alors que l'activité est réalisée. Cela nécessite des choix ou refus d'admission qui pose problème dès lors qu'il s'agit de riverains de l'EHPAD. La moyenne sur 3 ans consécutif est défavorable à l'EHPAD, au regard des budgets alloués et des contraintes fortes (mesures catégorielles notamment) l'établissement ne trouve pas le moyen de résorber son déficit sauf à diminuer une nouvelle fois de façon drastique le personnel soignant. Actuellement le fonctionnement est au pied du lit du résident de 1 soignant pour 13

➤ Listes d'attente et constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :

Il n'y a pas de liste d'attente fiable. L'établissement est sollicité en urgence pour des situations complexes mais pas dans le domaine du handicap. Actuellement ces situations d'urgence sont régularisées par le secteur hospitalier, avec la T2A SSR la situation pourrait évoluer A titre expérimental la notion de lit d'urgence EHPAD pourrait être pensée au sein du territoire du Ribérais.

➤ Tableau des effectifs budgétés au dernier CA :

Catégories	Nb agents théorique	ETP	Taux d'encadrement théorique	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres	Postes non financés
direction /encadrement :						
- directeur	1	0.10	0.001			
- directeur adjoint	3	0.35	0.003			
- chef de service (...)						
Administration/ Gestion						
- secrétaire de direction (...)						
Services généraux						
-agent d'entretien (...)	3	3	0.03			
Restauration						
- cuisinier	4	3.6	0.03			
Socio-éducatif						
- éducateur spécialisé						
- moniteur-éducateur						
- assistante sociale (...)						
Paramédical						
- psychologue	1	0.5	0.005			
- psychomotricien	1	0.5	0.005			
- infirmier	6	5.5	0.05			

- orthophoniste (...)				
Médical				
- médecin (...)	1	0.4		0.004
Autres fonctions (préciser)				
TOTAL	20	13.95		0.1280

Commentaires :

➤ GVT prévisionnel sur la durée du CPOM :

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	total
Nb total points						
Moins les points des personnes partant en retraite						
Plus les points des entrants						
Total points						
Variation annuelle du nombre de points						
Hypothèse valeur de point						
Hypothèse taux de charge						
Variation du nombre de points en €						

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	total
Indemnités de départ à la retraite						
Provisions mobilisables à la date de réalisation du diagnostic						
Solde des Provisions à financer						

➤ Observations éventuelles sur l'adéquation des effectifs à l'accompagnement du public accueilli :

➤ Observations éventuelles sur la qualification et l'ancienneté du personnel :

➤ Taux d'absentéisme par catégorie émanant du bilan social pour chacune des 3 dernières années :

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme N -3	Taux d'absentéisme N -2	Taux d'absentéisme N -1
A	5.38	1.43	0.75
B	0	0.27	0.11
C	18.65	14.81	21.00

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle

➤ Modalités de travail (plage horaire et nombre de jours d'ouverture, annualisation, accord RTT, temps annuel de travail...) :

Protection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite :

Catégorie et emploi des personnels	Rémunérations	Date de départ à la retraite	Politique RH Remplacement ou Suppression du poste	Utilisation des marges de manœuvre
<u>ANNEE N :</u> ASP ASHQ	50 772.72 34 423.08	01/07/2017 08/12/2017	R R	
<u>ANNEE N +1 :</u> ASHQ AS ASP	32 998.44 39 977.40 45 272.88	27/01/2018 10/02/2018 24/03/2018	R R R	
<u>ANNEE N + 2 :</u> AS ASHQ AS	39 734.40 34 664.76 45 379.92	09/08/2019 25/08/2019 30/11/2019	R R R	
<u>ANNEE N + 3 :</u> OP 1ci ASHQ ASHQ ASHQ	44 792.50 33 325.80 45 272.88 29 132.16	03/02/2020 07/03/2020 13/04/2020 18/11/2020	R R R R	
<u>ANNEE N + 4 :</u> AS ACH ADAD	38 202.72 48 942.24 31 872.36	01/01/2021 24/04/2021 24/11/2021	R R R	

TOTAL	594 764.26			
-------	------------	--	--	--

Politique de formation :

Année N-1 :

	Formation n°1	Formation n°2	Formation n°3	Formation n°4
Durée				
Qualification				
Nbre de personnes formées				
Coût				

Année N-2 :

	Formation n°1	Formation n°2	Formation n°3	Formation n°4
Durée				
Qualification				
Nbre de personnes formées				
Coût				

Année N-3 :

	Formation n°1	Formation n°2	Formation n°3	Formation n°4
Durée				
Qualification				
Nbre de personnes formées				
Coût				

Grandes orientations en matière de formation

Qualification en continue
Spécialisation au regard des projets (musicothérapie, snoezelen, télémedecine..)
Formation diplômante AS pour les ASH
Formation infirmière si candidature

Points forts ou difficultés diverses (mouvements de personnels, problèmes de recrutement, GVT...) constatés en matière de ressources humaines sur les 3 dernières années :

Instabilité des équipes infirmières, difficulté de recrutement
Disponibilité du médecin coordonnateur et complexité de la mission dans un contexte de désertification médicale
Tension pour le recrutement AS et toute qualification rare (psychomot, ergothérapeute..)
Augmentation de la durée des carrières (impacte des réformes) et augmentation des postes aménagés qui rendent les organisations encore plus tendues et complexe. L'activité EHPAD se prête peu aux aménagements en grand nombre et tout le monde ne peut pas finir à l'administration pour des raisons de postes disponibles mais aussi de compétences.
Le statut et la rareté de certains postes ne permettent pas des recrutements économiques !

Evaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs : Faire une synthèse du document unique d'évaluation des risques en termes de points forts/ points faibles (y compris volet risque psycho-sociaux le cas-échéant)

TMS un effort important a été fait en équipement, les formations sont suivies en permanence Risques psycho sociaux liés à la lourdeur du travail, impression de mal faire pas assez de temps Risques également liés à des situations dégradées de relations usagers (familles) et professionnels. Il est nécessaire de protéger les professionnels de façon régulière contre les remarques souvent violentes ou des attitudes de reproche permanent Le DU fait ressortir des demandes de matériel, le plan d'investissement de l'EHPAD est régulier, la section d'investissement va permettre de répondre en grande partie Un investissement est nécessaire pour réduire la chaleur dans les locaux notamment à l'étage (exposition au soleil)	
Locaux et équipements ➤ Description synthétique des locaux :	Etablissement neuf ouverture septembre 2011, 104 chambres individuelles minimum 20 m2 et toutes équipées de douches Aux normes d'accessibilité (PJ plan synthétique)
<u>Degré de vétusté des locaux, problème d'accessibilité, éventuellement projets d'investissement en cours de réflexion ou de mise en œuvre (mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction) :</u>	
Sans objet	
<u>Remarques éventuelles sur les équipements :</u>	Equipements spacieux
<u>Existence du Plan Bleu :</u>	Oui Pièce rafraîchie : 3 salles à manger, et la salle d'animation un groupe électrogène
<u>Mise en place des outils de la loi 2002-02 et qualité de la prise en charge</u> <u>Préciser leur existence et commenter de manière synthétique le contenu, les modalités de gestion/d'utilisation de ces outils, et donner la date de la dernière mise à jour</u>	➤ Projet d'établissement (art. L.311-8 CASF ; préciser les dates et les objectifs fixés) : Le projet d'établissement 2016-2020 doit permettre d'affirmer une identité à l'établissement, de dégager les axes prioritaires pour améliorer la perception de l'établissement auprès des résidents et de leurs familles, de la population locale et des partenaires, mais aussi de donner du sens aux pratiques professionnelles des salariés. La génération 2 du projet de l'EHPAD se décline selon les axes suivants : - « Opportunité de participer, d'apprendre, de découvrir... » - « Faire le constat de l'existant et penser à l'avenir... » - « Faire ce chemin-là, ensemble... » - « Tendre vers un idéal » - « Installer une dynamique interne donnant du sens aux pratiques » - « Monter un projet ensemble et le faire vivre...le diffuser...récolter des idées. » - « Etre dans la communication et l'échange » Les grandes orientations du Projet d'établissement :

Accompagner les évolutions du projet médical dans sa construction d'une filière de soins :

- .Décliner les projets des secteurs d'activité des services dans le cadre de la filière de soins définie par le projet médical infra-territorial,
- .Repérer les compétences spécifiques attendues et accompagner leur déploiement dans la future organisation,
- .Formaliser le schéma d'information, de communication et d'animation du projet de soins,
- .S'intégrer dans une gouvernance médico-économique des activités de soins

Coordonner les actions et les acteurs pour des parcours de soins sécurisés :

- .Accompagner la mise en place du dossier patient unique,
- .Relayer la politique d'identification du patient à toutes les étapes du parcours,
- .Promouvoir la transdisciplinarité et coordonner les interventions de soins au cœur du parcours,
- .Accompagner la démarche qualité et la sécurisation des pratiques :
- .Harmoniser les outils de traçabilité des pratiques professionnelles,
- .Systématiser l'évaluation des pratiques professionnelles pour une culture de sécurité,
- .Inscrire les soignants dans une démarche de vigilance et gestion des risques,
- .Développer les compétences des personnels sur les prises en charges spécifiques,
- .Répondre aux attentes de l'usager par une politique de recherche de satisfaction du client,

Recherche et évolution des soins :

- .Valoriser la CSIRMT au titre de ressource dans le domaine de la recherche et d'évolution des soins infirmiers et médico-techniques,
- .Valoriser la CSIRMT au titre de soutien des projets innovants de territoire,

Accompagner la mission pédagogique :

- .Evaluer les partenariats en cours avec les différents instituts ou écoles de formation,
- .Evaluer les ressources existantes,
- .Mettre en place des ressources harmonisées en matière d'accueil des stagiaires,
- .Mettre en place une communication directe et indirecte avec les partenaires et les étudiants

➤ Livret d'accueil (art. L.311-4) :

Le Livret d'accueil des résidents, dernière version décembre 2011, décrit l'ensemble des prestations propre à répondre aux attentes des résidents dans le respect de la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.

Le Livret d'accueil du personnel, dernière version Mai 2016, a été créé pour favoriser l'insertion d'un nouvel agent au sein de l'établissement.

➤ Règlement de fonctionnement (art. L.311-7 CASF) :

Le règlement de fonctionnement définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect de la vie collective au sein de l'établissement.

Il a été rédigé en décembre 2010.

➤ Contrat de séjour

Le contrat de séjour définit les droits et obligations de l'établissement et du résident, les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

Il a été défini en mai 2016 et doit être réactualiser en vertu du décret de fin année 2016

➤ Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation (art.L.311-8) : préciser nombre de réunions par an sur les 3 dernières années et fournir les 3 derniers procès-verbaux. Participation effective des usagers à cette instance.

4 réunions par an et participation effective des usagers au CVS.

➤ La charte des droits et libertés de la personne accueillie :

Affichée à l'accueil depuis décembre 2010 et incluse dans le livret d'accueil du résident.

Qualité de la prise en charge – Fournir le Plan d'amélioration continue de la qualité

➤ Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement :

Evaluation initiale de l'état de santé, projet de soins personnalisé, projet thérapeutique, staffs, analyse des pratiques professionnelles pour mieux gérer les risques de maltraitance. Suivi et analyse des plaintes relatives à des situations de maltraitance.
Formation Bienveillance et Humanitude pour le personnel

- Actions mises en place pour l'accès aux actions de prévention et l'accès aux soins (protocoles interne, actions d'éducation à la santé, dépistages, accès aux soins -santé buccodentaire, et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux -...)

En matière de prévention, la première des exigences consiste à tout mettre en œuvre pour entretenir et préserver l'intégrité psychique, physique et sociale de chaque résident.

- . Prévention et soins d'escarres
- . Prévention et traitement de l'incontinence
- . Prévention des chutes
- . Prévention du risque infectieux
- . Prévention de la dénutrition, des risques de déglutition
- . Prévention de la déshydratation
- . Prévention de la perte d'autonomie
- . Prévention des troubles du comportement et des états dépressifs
- . Prévention et soins bucco-dentaires
- . Prévention optométrique et audition.

- Actions mises en place pour la promotion de la qualité de vie et du bien-être (intégration dans le milieu ordinaire, accès aux loisirs et à la citoyenneté, information et accompagnement des familles...)

Actions d'animation (une animatrice à temps plein), intégration au milieu ordinaire (cinéma, manifestations ...), accès aux loisirs et à la citoyenneté (promotion et mise en œuvre des droits des résidents), information et accompagnement des familles (accueil personnalisé et rencontre avec l'encadrement), Conseil de vie sociale et représentant des résidents.

- Evénements indésirables

Mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des événements indésirables (tuite, chutes, ...) et de signalement de cas de maltraitance :

- Fiches de signalement des événements indésirables, précisant tout dysfonctionnement perturbant la bonne marche de l'établissement ou nuisant à la qualité de la prise en charge du résident.
- Suivi et analyse immédiats des fiches d'événement indésirables et des plaintes relatives à des situations de maltraitance.
- Protocole de signalement.

Signature du protocole de signalement des événements indésirables avec l'ARS (oui /non / commentaires) :

Pas de protocole signé avec l'ARS concernant le signalement des événements indésirables.

Volet médical

- Projet de soins : Cf. annexe Axes du Projet de soins

La réalisation du projet de soins, inscrit dans le projet de prise en charge du résident, structure nos actions tant dans l'acquisition de compétences nouvelles au service de la prise en charge personnalisée du résident que dans l'organisation complète de la prestation de soins. Son objectif principal est la prise en charge optimale des résidents par des équipes pluridisciplinaires, dans une démarche continue d'évaluation des pratiques professionnelles.
Les grandes orientations du projet de soins sont les suivantes :

- . Promouvoir la participation active du résident dans une démarche de soins individualisée,
- . Optimiser la prise en charge globale, par la coordination de l'ensemble des professionnels de santé,
- . Consolider une politique d'intégration et de formation,
- . Promouvoir l'information et les échanges professionnels.

- Protocoles médicaux mis en place : Cf. annexe

Protocoles mis en place, notamment ceux relatifs à la gestion du dossier médical, la prise en charge médicale, la coordination des soins des personnes accueillies, à la gestion de l'urgence :

- Prévention des chutes
- Contention
- Douleur, escarres
- Soins palliatifs, prescriptions anticipées, fin de vie
- Constipation
- Lutte contre la maltraitance
- Prévention de la dénutrition
- Prévention déshydratation et protocole Hydratation
- Soins techniques : Perf S/C, Oxygénothérapie, Aérosol, ECBU, Sonde urinaire
- Gestion des fugues
- Admission ou sortie de l'unité sécurisée et PASA.

➤ Présence d'un défibrillateur : OUI

➤ Education pour la santé, place de la prévention dans la prise en charge

- Projet de mise en place d'un dépistage des déficiences visuelles par la société SARL « De vues à moi ». Une opticienne et optométriste se déplace sur site et propose un premier examen général de la vision aux résidents qui le souhaitent. A l'issue de cet examen elle préconise des verres correcteurs conformes aux prestations médicales.
- Projet d'amélioration de la santé buccodentaire : prévention du risque infectieux
 - Maintien ou rétablir un bon état bucco-dentaire (pas de douleur, absence d'infection, de troubles fonctionnels)
 - Hygiène dentaire conforme aux pratiques et suivi dentaire régulier
 - Rôle du chirurgien-dentiste mais peu disponible
 - Rôle du personnel de l'EHPAD dans l'éducation à la santé buccodentaire sous contrôle du dentiste
 - Projet de télémédecine pour le suivi buccodentaire avec mallette pour soin dentaire en EHPAD
- Poursuite du projet de dépistage des déficiences auditives :
 - Repérage des patients déficients auditifs
 - Vérification par l'équipe de soins, le médecin coordonnateur ou le médecin traitant si bouchon de cérumen ou lésion de l'oreille
 - Venu d'un audioprothésiste qui réalise un audiogramme de dépistage
 - L'audioprothésiste vérifie le bon fonctionnement des prothèses chez les patients déjà appareillés
 - Conseil éventuel du port d'une prothèse auditive
 - Relation avec le patient et sa famille pour l'acceptation d'une prothèse
 - Prescription par le médecin traitant ou le spécialiste
- Prévention des chutes :
 - Supplémentation en vit D
 - Mobilisation, atelier de gym douce
 - Rôle de la psychomotricienne
 - Rôle de l'ergothérapeute : Aide technique, adaptation chaussage
 - Kinésithérapeute : bilan locomoteur, rééducation équilibre, marche

➤ Projet individuel de prise en charge

Items consacrés à la partie soins : réalisation et objectifs

- Recueil de données portant sur une connaissance plus complète du résident :
 - Histoire de vie
 - Les besoins et les attentes
 - Son entourage
- Collaboration, coordination des différents intervenants dans l'accompagnement du résident :
 - Outils de liaison pour faciliter la transmission de l'information
 - Définition des rôles de chaque soignant dans l'accompagnement du résident
 - Nomination d'un référent AS/ASH du résident
 - Réunion de synthèse 1 mois après l'admission du résident

L'ensemble des professionnels participe à l'élaboration du projet personnalisé (accueil, médical, soins, hôtellerie, cuisine)

- Centralisation des informations dans le dossier informatisé
 - Recueil de données, synthèse, projet individuel de prise en charge
 - Définition des axes d'accompagnement au niveau des soins (AS, ASH, IDE, ...) du PASA, de l'unité sécurisée, kinésithérapeute, animation, diététicienne, psychologue, ergothérapeute, médecin.
 - Projet de prise en charge individuelle au quotidien

- Le résident occupe une place centrale dans le dispositif, il construit et valide son Projet, avec l'aide si besoin de membres de son entourage. Le Projet personnalisé permet à l'ensemble des intervenants de connaître les actions à mettre en œuvre au jour le jour. Les référents IDE et soignants contrôlent le respect du Projet. Ce Projet est revu un fois par an ou plus tôt si un événement important a lieu dans la vie du résident.
- Plan de soins avec support informatisé TITAN, diagramme des soins : Distribution des médicaments, soins infirmiers (pansement, injection surveillance glycémie, capillaire...), aides à la personne, Kinésithérapeute, ergothérapeute PASA, plan diététique, etc...

➤ Place des infirmiers et des médecins dans la prise en charge globale des personnes accueillies

Modalités d'intervention du personnel médical et paramédical :

L'équipe paramédicale est au plus près du résident, confidente et porte-parole, apporte concrètement confort et réconfort à travers les soins dispensés, soit en rôle délégué soit en rôle propre, exerce un suivi et un contrôle des soins physiques et psychiques.

Le cadre de santé, moteur et pivot de l'équipe de soins, est garant et responsable de l'organisation et de la qualité des soins, transmet et fait circuler l'information, régle la dynamique d'équipe et a un rôle de médiateur.

Le médecin coordonnateur a pour mission de coordonner l'ensemble des activités médicales et paramédicales et de développer les actions de coopérations. Il assure la coordination des interventions des autres médecins libéraux afin de respecter le libre choix des résidents. Il veille à la qualité des soins, au respect de la réglementation et de la déontologie et coordonne les interventions dans l'établissement des prestataires de soins externes. Il participe également à la commission d'admission, organise des réunions de coordination, de concertation et d'information sur des thèmes essentiels. De plus il est partie prenante dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de soins ainsi que l'organisation générale des soins prodigués aux résidents par l'équipe soignante.

➤ Circuit du médicament

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; - L'administration des médicaments - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments; - L'information du circuit du médicament (prescription, dispensation, administration) ; - La prévention des erreurs médicamenteuses ;	- signalement des incohérences constatées après prescription, - Préparation par le pharmacien (Blister) en fonction des prescriptions des médecins généralistes. - Contrôle ultime des IDE avant administration. - Local adapté, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid. - Prescription informatisée. - Déclaration et analyse pédagogique des causes.

Diagnostic budgétaire et financier

Analyse budgétaire et financière, par ESMS, des trois derniers comptes administratifs validés par l'ARS.
Il est demandé d'apporter les éléments à titre d'information pour les FAM et SAMSAH.

Principaux indicateurs économiques

Les recettes nettes sur la période (produits des groupes 1 à 3) : commentaires sur l'évolution globale et précisions par groupe.
Les résultats sur la période : commentaires sur les montants et affectations

ESMSX	N-1	N-2	N-3
Total Groupes de recettes	4 259 168.36	4 027 138.29	4 037 549.84
Groupe 1	3 872 593.43	3 644 608.16	3 633 436.83
Groupe 2	234 958.15	240 678.80	271 711.01
Groupe 3	151 616.78	141 851.33	132 402.00

Synthèse groupes de dépenses

- o Les charges d'exploitation : commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier ...
- o Groupe 1 : commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier ...
- o Groupe 2 : commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier
- o Groupe 3 : commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier

ESMSX	N-1	N-2	N-3
Total Groupes de dépenses	4 196 669.55	4 074 874.77	3 984 725.78
Groupe 1	536 252.51	498 451.79	508 296.30
Groupe 2	2 794 091.77	2 733 703.53	2 631 797.53
Groupe 3	866 325.27	842 719.45	844 631.95

Résultats à affecter :

ESMSX	N-1	N-2	N-3
Recettes	4 259 168.36	4 027 138.29	4 037 549.84
Dépenses	4 196 669.55	4 074 874.77	3 984 725.78
Net	62 498.81	- 47 736.48	52 824.06
Retraitements comptables (variations congés payés, reprises...)	59 623.05	63 644.18	24 511.45
Résultat à affecter	122 121.86	15 907.70	77 335.51
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES			
N-1	HEB C/10686 27 808.82 C/110 18 562.02	DEP C/119 8 656.92	SOI C/10686 84 407.93
N-2	HEB C/10686 18 344.79	DEP C/119 9 848.85	SOI C/10686 7 411.76
N-3	HEB C/10686 10 000.00 C/110 12 808.82	DEP C/119 39 101.78	SOI C/10686 62 114.06 C/110 31 514.44

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2
 o Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2. (voir annexe ci jointe)

INTITULE	Définition	Montant N-1	Montant N-2
Réserves (détailler la nature et les montants) : • Réserve de compensation • Réserve de trésorerie • (...) Comptes de liaison (détailler la nature des montants)			
Ratio d'indépendance financière :	Numérateur : Capitaux propres Solde créditeur du compte 16 « Emprunts et dettes assimilées », hors compte 1688 « intérêts courus » Dénominateur : Total Passif (comptes 10 , 13,14,15,16 hors 1688 « intérêts courus » + Solde débiteur ou créditeur des comptes 11 « report à nouveau » et 12 « résultat de l'exercice ») Numérateur : Amortissement cumulé des constructions : somme des comptes 2813, 2814 et 2823, 2824 si existants Dénominateur : Valeur initiale (valeur brute) des constructions (comptes 213, 214, et 223 et 224 si existants)		
Taux de vétusté des constructions :			
Besoin en fonds de roulement	BFR = actif circulant (stocks + créances clients) – passif circulant (dettes fournisseurs + dettes fiscales + dettes sociales).		
Fonds de Roulement	FR = capitaux permanents (fonds propres plus dettes à moyen long terme - actifs immobilisés.		
Trésorerie	FR-BFR		
Ratio de rotation des créances clients : Ce ratio permet de mesurer le degré de liquidité des créances clients. En bonne gestion, la rotation des créances clients ne devrait pas être moins rapide que celle des dettes fournisseurs.	Total créances clients/CA *365		
Ratio de rotation des dettes fournisseurs : ce ratio permet de mesurer le degré d'exigibilité des dettes fournisseurs.	Total dettes fournisseurs / (total achats (compte 60) *365)		
Capacité d'Auto Financement	Capacité d'autofinancement = Résultat net comptable de l'exercice + Compte 68 "DAP" - Compte 78 "RAP" - Compte 775 "produit des cessions d'éléments d'actif" + Compte 675 "valeur comptable des éléments d'actif cédés" - Compte 777 "subventions d'investissement virées au résultat"		

Coût à la place BP/CA sur trois ans :

	N	N-1	N-2	N-3
BP				
CA				

Principaux indicateurs financiers (K€)

Commentaires :

Durée :ans Période du/...../..... Au/...../.....

Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé par l'ARS faisant apparaître les surcoûts, économies, équilibres réalisés durant l'adite période.

Tableau des provisions et réserves :

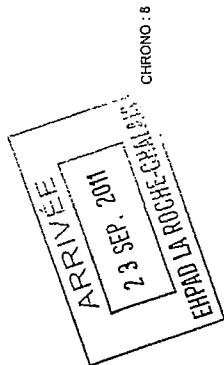
Commentaires :

Cette thématique concerne la recomposition de l'offre :

ESMS	Capacité initiale	Diminution ou augmentation de capacité	Places redéployée vers ESMS XXXX

--	--	--	--

Préciser dans tous les cas de quelle façon les redéploiements seront réalisés.
 Faire une projection entre les diminutions, augmentations de capacité, les redéploiements annoncés et de quelle façon seront-ils financés ?



EHPAD LA ROCHE CHALAIS
AVE D'AQUITAINE
24490 LA ROCHE CHALAIS

COPIE À :	N° FAX :	DIFFUSION :	COPIE À :	N° FAX :	DIFFUSION :
SCP BEGUE - PEYRICHOU - GERARD M. GERARD et ETAVARD	05.46.87.24.05	@	DDE 24 M. CHAUVINEAU	05.53.03.60.30	@

**ATTESTATION DE VERIFICATION DE L'ACCESSIBILITE
AUX PERSONNES HANDICAPEES**
Construction ou création d'établissements recevant
du public (ERP) soumis à Permis de Construire

A joindre par le Maître de l'Ouvrage à l'Autorité Administrative ayant délivré le permis de construire et au maître à la déclaration d'achèvement des travaux et délivrée par un Contrôleur Technique ou un Architecte au Maître de l'Ouvrage en application des articles L. 111-7-4 et R. 111-19-27 à R. 111-19-28 du Code de la Construction et de l'Habitation.

Je soussigné Geoffrey TOUZOT de la société Apave Sudeurope SAS en qualité de Organisme de Contrôle Technique au sens du CCH art. L 111-23, titulaire d'un agrément ministériel l'habitant à intervenir sur les bâtiments.

Atteste que par contrat de Vérification Technique n° : Numero de contrat obligatoire

En date du : 28/01/2010

La Société : EHPAD LA ROCHE CHALAIS

Maître de l'Ouvrage de l'opération de construction (ou de réhabilitation lourde suivante)

EHPAD "LA PORTE D'AQUITAINE"

24 LA ROCHE CHALAIS

A confié à Apave Sudeurope SAS, qui l'a réalisée, une mission de Vérification Technique après travaux visant à vérifier si les travaux réalisés (dans le cadre du PC référencé ci-dessous) respectent les règles d'accessibilité qui leur sont applicables.

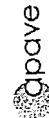
Réf. du PC : PC 24335407R1006

Date du dépôt de demande du PC : 18/07/2007

Date du PC : 26/02/2008

Nota : les règles d'accessibilité applicables sont les règles en vigueur rappelées ci-dessous auxquelles sont adjointes les éventuelles dérogations propres à l'opération et citées ci-après.

Nombre de bâtiments, équipements ou locaux séparés : 1



Apave Sudeurope SAS - Agence de Périgueux
Boulevard de Saligny
24430 MARSAC SUR L'ISLE

Tél. : 05 53 08 58 00 - Fax : 05 53 08 36 79

ATTESTATION HANDICAPES

Règles en vigueur considérées :

Articles R 111-19 à R 111-19-3 du CCH, relatifs à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations existantes ouvertes au public ou créés.

Arrêté du 1er Août 2006 fixant les conditions prises pour l'application des articles R 111-19 et R 111-19-3 à R 111-19-6 du CCH relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations existantes ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création.

Dérogations accordées, telles que portées à la connaissance du Vérificateur :

A notre connaissance il n'a pas été accordé de dérogation

Documents remis au Vérificateur et pris en compte dans le cadre de sa mission :

Plans

A l'issue de sa visite de vérification réalisée selon les termes et conditions du contrat précité et qui s'est déroulée le 20/09/2011 le Vérificateur récapitule sur la liste ci-après ses constats formulés ainsi :

- R : Le vérificateur a constaté, sur les travaux réalisés, le respect de la règle d'accessibilité
- NR : Le Vérificateur a constaté sur les travaux réalisés une ou des dispositions qui ne respectent pas la règle d'accessibilité applicable
- SO : La disposition considérée est Sans Objet pour la présente opération.

Date : 20/09/2011

ORIGINAL SIGNE : Geoffrey TOUZOT





PRÉFET DE LA DORDOGNE

Courrier reçu n°

- 0 SEP. 2014

Maire de La Roche Chalais

COMMISSION DE SECURITE
DE L'ARRONDISSEMENT
DE PERIGUEUX

Dossier suivi par Aurélien SEGONDAT

T : 05 53 02 24 38

F : 05 53 02 25 03

aurelien.segondat@dordogne.gouv.fr

PROCES VERBAL DE LA COMMISSION D'ARRONDISSEMENT
DE SECURITE DE PERIGUEUX

SEANCE du 21 août 2014

dossier n°	commune	activité	dénomination	classement	
				type	catégorie
	LA ROCHE CHALAIS	Etablissement pour personnes âgées	LA PORTE D'AQUITAINE	J	4

identifiant	adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
B354.07573	Place de l'Etoile	Visite de contrôle périodique	M. le préfet

La commission de sécurité de l'arrondissement de PERIGUEUX s'est réunie le jeudi 21 août 2014, sous la présidence de M. Fabrice TRIQUET, Chef Adjoint du Service Interministériel de Défense et de Protection Civiles.

MEMBRES DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE, PRÉSENTS :

- M. Fabrice TRIQUET, Chef-Adjoint du Service Interministériel de Défense et de Protection Civiles ;
- M. le Capitaine Bruno LA VAUD, du corps départemental des sapeurs pompiers de la Dordogne, (titulaire du brevet supérieur de prévention, suppléant du directeur départemental des services d'incendie et de secours ;
- M. le Capitaine Pascal MILLOT, représentant le Groupement de Gendarmerie de la Dordogne ;
- M. Daniel ARCHER, représentant territorial, DDT ;
- M. le Brigadier Thomas TILÉVITCH, représentant le Directeur Départemental de la Sécurité Publique ;
- Vu l'avis motivé du Maire de La Roche Chalais en date du 21 août 2014.

MEMBRES PRESENTS LORS DE LA VISITE DU 21 JUILLET 2014

- M. Menut, maire de la commune ;
- M. le major Roussarie, commandant de la COB de gendarmerie ;
- M. Delage, suppléant du directeur départemental des territoires, service territorial de La Vallée de l'Isle ;
- M. le capitaine Lavaud, du corps départemental des sapeurs-pompiers de la Dordogne, titulaire de l'unité de valeur de formation PRV 2, suppléant du directeur départemental des services d'incendie et de secours, rapporteur.

ASSISTAIENT À LA VISITE :

- Mme Delibie, directrice de l'établissement ;
- M. Cassagne, services techniques, OPQ ;
- M. Dublé, services techniques

SECRÉTARIAT DE LA COMMISSION :

Le secrétariat du groupe de visite de la commission d'arrondissement de sécurité de Périgueux est assuré par le service interministériel de défense et de protection civiles.

L'ensemble des membres ayant voix délibérative étant présent, la commission peut émettre une proposition d'avis.

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :

Le permis de construire n° 24.354.07.R.1006 étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH du 24 octobre 2007.

L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 5 septembre 2011.

La dernière visite préalable à l'autorisation d'ouverture a été effectuée par la commission de sécurité d'arrondissement de Périgueux le 22 juillet 2011. Elle a émis un avis favorable à l'autorisation d'ouverture de l'établissement.

L'établissement est placé sous la direction unique de madame Delibie chargée de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.

Les réglementations applicables sont :

- Le code de la construction et de l'habitation art R 123-1 à R 123-55, R 152-4 et R 152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières de l'arrêté du 19 novembre 2001 portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public de type "J".

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

- 2 façades accessibles
- ♦ Défense incendie externe
- 2 poteaux incendie à moins de 200 m
- ♦ Surface hors œuvre nette au sol : 4679 m²
- ♦ Niveaux : 3
- ♦ Répartition et destination des locaux par niveau :

Rez de chaussée

- * Accueil et administration : direction (18,48 m²), salle du conseil -réunions (34,59 m²), accueil secrétariat (17,17 m²), comptabilité (14,38 m²), accueil des familles (16,03 m²), attente (12,61 m²), sanitaires (9,68 m²), rangement ménage (14,31 m²) ;
- * Consultations et soins : bureau du médecin (16,80 m²), salle de soins pharmacie (44,10 m²), bureau infirmière (22,49 m²), service de veille (12,21 m²), bureau IDE (17,06 m²), cadre soins (20,24 m²), salle kiné (50,39 m²), sanitaires (9,31 m²), attente patients (31,44 m²).
- * Vie communautaire restauration : salle à manger (SAM 1, 59,12 m²), office salle à manger SAM1 (17,29 m²), bureau (16,10 m²), réserve (27,41 m²), rangement ménage (15,99 m²), sanitaires (ENS) (43,18 m²), salle d'animation secateurs (27,54 m²), bibliothèque (16,88 m²), salon de coiffure (15,16 m²), lieu de culte (57,38 m²) ;
- * Hébergement : chambres à 1 lit, 104 chambres au total : 52 chambres à 1 lit, salles de bains collectives (17,31 m²), détente personnel réunions (17,88 m²), relais soins (11,26 m²), local entretien stockage (7,03 m²), linge propre (10,21 m²), linge sale : 12,42 m² ;
- * Unité déambulatoire Alzheimer : hall d'accueil, (6,03 m²), lieu de vie composé de cuisine + office (29,21 m²), salle à manger (62,79 m²), salon (41,81 m²), salle de bains (26,37 m²), sanitaires (ens. 30,08 m²) ;
- * Unité déambulants Alzheimer :
 - Locaux professionnels: bureaux (15,10 m²), salle de soins (23,41 m²), linge propre (14,32 m²), linge sale (14,02 m²), local technique (3,56 m²), ménage (12,54 m²), stockage usage unique (19,83 m²), stockage matériel (12,62 m²), sanitaires (6,48 m²) ;
 - Animation de l'ELIPAD : atelier-salle (32,77 m²), atelier propre (24,23 m²), atelier concentration (35,24 m²).

1^{er} étage :

- Vie communautaire et restauration : salles à manger 2 et 3 (121,25 m²), offices salles à manger 2 et 3 (15,26 m²), sanitaires (ENS, 29,43 m²), salle d'animation secateurs (61,58 m²), bibliothèque (16,42 m²).
- Hébergement : chambres à 1 lit 104 chambres au total avec 52 chambres à 1 lit, salles de bains collectives (24,28 m²), détente personnel réunions (27,85 m²), relais soins (16,86 m² et 17,28 m²), local entretien stockage (11,82 m² et 23,73 m²), linge propre (16 m² et 10,95 m²), linge sale (18,10) sanitaires (4,26 m²), sanitaires hommes et femmes (2 x 6,33 m²), local ménage (4,04 m²) ;

Sous-sol :

- Accueil et administration : local syndical (19,65 m²), archives mortes (13,55 m²) ;
- Vie communautaire et restauration : cuisine composée de magasin, sas, vestiaires, détente, bureau chef, préparation chaudes, CF bof, CF légumes, CF viandes, négatif déboitage, portage extérieur, préparation froide, laverie, plonge, lavage chariots, vaisselle propre, entretien, Dgt, chariots (220,57 m²) ; buanderie lingerie composée de réception linge sale, sas, lavage, vestiaires, séchage repassage, produits lessive, stockage linge (137,36 m²), tisanerie (20,79 m²) ;
- Services généraux : vestiaires femmes (46,59 m²), vestiaires hommes (14,36 m²), sas réception, bureau, vestiaires, atelier maintenance, atelier peinture (37,69 m²), stockage produit dangereux (14,34 m²), réserve produits d'entretien (10,25 m²), déchets soins (8,27 m²), local stockage (21,46 m²), chaufferie- ECS- groupe (46,37 m²), groupe électrogène (27,69 m²), rangement (14,85 m²), rangement (19,49 m²), pl. technique, déchets, poubelles, local poubelles, abri ;

CALCUL DE L'EFFECTIF :

• Effectif :

- public :
 - . résidents : 104 personnes (unité Alzheimer 26 chambres, unité A 26 chambres, unité B 26 chambres, unité C 26 chambres ;
 - . visiteurs : 35 personnes (1 personnes / 3 résidents)
- personnel : 40 personnes (référence notice)
- soit au total : 179 personnes.

Cet effectif est calculé conformément aux textes applicables et cités ci-dessus.

ACTIVITE(S) :

Les activités déclarées et recensées sont :
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées, EHPAD

CLASSEMENT :

- Classement : Type J / 4^{ème} catégorie.

SITUATION CONSTATEE AU COURS DE LA VISITE.

DOCUMENTS TENUS A LA DISPOSITION DE LA COMMISSION :

L'examen du registre de sécurité a permis de constater que les vérifications suivantes ont été réalisées :

Documents techniques remis à la commission par l'exploitant :

N° d'ordre dans le présent rapport	Document(s) présent(s) à la commission		Nom du vérificateur et de sa société
	Objet de la vérification	Date de rédaction du document de vérification	
1	Vérification annuelle du système de sécurité incendie	28 janvier 2014	SIEMENS, M. Flaget
2	Vérification périodique des installations de désenfumage	1 ^{er} octobre 2013	SOCOTEC, M. Rounet
3	Vérification périodique des moyens de	28 janvier 2014	CHRONOFEU,

N° d'ordre dans le présent rapport	Document(s) présent(s) à la commission		
	Objet de la vérification	Date de rédaction du document de vérification	Nom du vérificateur et de sa société
	secours		M. Paupadin
4	Vérification périodique de la colonne sèche	5 novembre 2013	CHRONOFEU, M. Trinet
5	Vérification périodique des installations d'éclairage de sécurité	14 novembre 2013	SOCOTEC, M. Froidefond
6	Maintenant des installations d'éclairage de sécurité	2 juillet 2014	M. Cassagne, technicien de l'établissement
7	Formation des personnels au système de sécurité incendie, évacuation et moyens de secours	2 juillet 2014	S.S.I.A.P 3, M. Castaing
8	Exercice d'évacuation	23 janvier 2014	Mme Delibie, directrice de l'établissement
9	Vérification périodique des installations électriques	12 et 14 novembre 2013 n°9144C/13/2379	SOCOTEC, M. Froidefond
10	Vérification périodique des installations de gaz	9 décembre 2013	SOCOTEC, M. Meunier
11	Vérification périodique des installations de la chaudière et de la élimatisation	29 avril 2014	AISE BORDEAUX, M. Frontière
12	Vérification périodique des appareils de cuisson	6 novembre 2013	JAMOT, M. Bassonville
13	Nettoyage des installations de élimatisation et de ventilation	31 octobre 2013	PROTECHNET
14	Vérification périodique de l'ascenseur	10 janvier 2014 n°9144C/14/080	SOCOTEC, M. Bonnefond
15	Vérification périodique des installations de la blanchisserie	3 mars 2014	JAMOT, M. Bassonville
16	Vérification périodique de la porte automatique en façade	16 juillet 2014	PORTIS, M. Sanchez

Ces documents appellent les observations suivantes :

Rappel du N° d'ordre supra	Document(s) présent(s) à la commission	
	Observations majeures	
2	Les observations sont levées les 7 octobre et 25 novembre 2013 et contrôlées par SOCOTEC monsieur Roumet le 9 décembre 2013	

Rappel du N° d'ordre supra	Document(s) présenté(s) à la commission
	Observations majeures
7	20 personnes formées.
10	Concerne : les installations de chauffage, de gaz cuisine et de la buanderie.
14	Observations levées par monsieur Fernandey THYSSEN KRUPP le 10 juillet 2014.

DEROULEMENT DE LA VISITE –

Au cours de la visite des parties visibles et accessibles de l'établissement j'ai constaté, au sein du groupe de visite de la commission, ce qui suit :

PRESRIPTIONS ANTENIEURES : Visite du 22 juillet 2011

REALISEES : 2011-2 ; 2011-4 ; 2011-5 ; 2011-6 ; 2011-7 ; 2011-8 ; 2011-9.

NON-REALISEES :

2011-3 / - Lever les observations émises par l'organisme agréé suite au rapport de vérifications réglementaires après travaux [art. R123-2]].

Prescription pour mémoire :

2011-10 / - Etablir une circulation minimum de 1,80 m de large stabilisée permettant la mise en œuvre d'un dévidoir et des échelles à coulisse (établissement recevant du public avec une hauteur inférieure à 8 mètres) en conséquence à la géométrie particulière de cet établissement recevant du public et au-delà des deux accès aux portions de façades (nord et ouest), [art. R 123-13 du code de la construction et de l'habitation, CO 5 et J 6 du règlement de sécurité].

LA FORMATION ET LES ESSAIS :

En présence des membres de la commission, l'exploitant a essayé les équipements de sécurité suivants dont les résultats constatés sont :

Organe de sécurité essayé	Localisation de l'organe de sécurité essayé	Résultat(s) constaté(s)
DAI chambre	Chambre 55	Bon fonctionnement
DAI couloir	Chambre 56	Bon fonctionnement

NOUVEAU CONSTAT ET ANALYSE DU RISQUE :

En présence des membres du groupe de visite de la commission j'ai pu constater les points suivants :

Etablissement où les contrôles techniques sont effectués et ne posent pas de problème particulier, cependant il est demandé de :

- renseigner le registre de sécurité notamment sur le bon état d'entretien et de bon fonctionnement des installations techniques contrôlées ;
- identifier précisément les coupures d'urgence électriques ;
- ne pas entreposer de matériaux inflammables au droit de la façade (atelier ouvriers d'entretien) ;

Il est demandé de porter à trois personnes le nombre d'agent de surveillance la nuit (actuellement 2 personnes), de façon à prendre en compte dans les meilleures conditions, un événement lié à un début d'incendie ou tout autre incident pouvant nuire à la sécurité des occupants.

AVIS DE LA COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE PERIGUEUX

Considérant l'analyse de risque supra, la commission d'arrondissement de Périgueux émet *un avis favorable avec prescriptions* à la poursuite de l'activité de l'établissement et demande la réalisation des prescriptions suivantes :

1/ - Prescription antérieure :

2011-3 / - Lever les observations émises par l'organisme agréé suite au rapport de vérifications réglementaires après travaux [art. R123-21].

2/ - Prescription pour mémoire :

2011-10 / - Etablir une circulation minimum de 1,80 m de large stabilisée permettant la mise en œuvre d'un dévidoir et des échelles à coulisse (établissement recevant du public avec une hauteur inférieure à 8 mètres) en conséquence à la géométrie particulière de cet établissement recevant du public et au-delà des deux accès aux portions de façades (nord et ouest), [art. R 123-13 du code de la construction et de l'habitation, CO 5 et 6 du règlement de sécurité].

3/ - Code de la construction et de l'habitation :

2014-1/ - Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tous, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par des organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas de responsabilité qui leurs incombent personnellement [art. R. 123-43].

4/ - Règlement de sécurité :

2014-2/ - Faire noter, sur le registre de sécurité, en toutes lettres par le technicien assurant le contrôle d'une installation technique "l'état de bon entretien et de bon fonctionnement" [art. GE 10].

2014-3/ - Identifier précisément les coupures électriques d'urgence dans la cuisine [art. GC 4].

2014-4/ - Supprimer les matériaux inflammables au droit du mur du local "atelier entretien" [art. CO 28].

2014-5/ - Il est suggéré de porter à trois personnes le nombre d'agents de nuit de façon à prendre en compte, dans les meilleurs délais, un événement lié à un début d'incendie [art. J 35].

Le Chef Adjoint du SIDPC

Fabrice TRIQUET

THEME n°1: Réactualisation du projet de vie individualisé

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°1-1					
Action mise en œuvre :	Vérifier la procédure de réalisation et de réactualisation du projet de vie individualisé des résidents d'EHPAD.				
Objectif	Fiabiliser la rédaction des projets de vie individualisé				
Description	Elaborer une procédure de mise en œuvre et de réactualisation du projet de vie individualisé pour les résidents des EHPAD du CHIC RDD et de LRC				
Par qui	Psychologue – Cadre de Santé – Référents PVI des différents secteurs - IDE				
Quand	Fin 2018				
Comment	Réalisation d'un audit axé sur le projet de vie individualisé Elaboration d'une procédure spécifique				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Début 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	% de projet personnalisé rédigé et réactualisé				
Responsable du suivi					
Pilote : Personne associée :	Cadre de santé Psychologue				
Etat d'avancement Date : ____ / ____ / ____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°2 : Fiche de signalement des événements indésirables

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°2-1 :					
Action mise en œuvre	Assurer le déploiement d'ENNOV (logiciel de gestion documentaire)				
Objectif	Fluidifier et sécuriser le circuit d'information institutionnel				
Description	Le logiciel permet de gérer l'information et les procédures mais également d'informatiser la déclaration des événements indésirables				
Par qui	Directeur SI, service informatique				
Quand	Décembre 2017/				
Comment	En partenariat avec le SILPC.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1 ^{er} semestre 2018				
Modalités de suivi et d'évaluation	Système opérationnel				
Responsable du suivi					
Pilote :	Directeur				
Etat d'avancement Date : ____ / ____ / ____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°3 : Directives anticipées

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°3-1					
Action mise en œuvre	Rédiger la procédure relative au recueil des directives anticipées et en sécuriser la démarche				
Objectif	Mettre l'établissement en conformité avec le contenu de la « loi Claeys-Leonetti »				
Description	La procédure du recueil des directives anticipées doit permettre de : - Etre un document-guide : qui peut les rédiger ? quand ? comment ? - Etre conforme avec la législation en vigueur - Disposer de l'ensemble des informations nécessaires au recueil Garantir aux professionnels la qualité du recueil conformément à l'expression des souhaits de fin de vie de la personne				
Par qui	Gériatre, Psychologue, Direction des soins, Encadrement				
Quand	Décembre 2018				
Comment	Organiser un groupe de réflexion prenant en compte les responsables de l'action et des professionnels de terrain qui devront recueillir les directives anticipées.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1 ^{er} semestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de résidents ayant rédigé ses directives anticipées Nombre de résidents informés				
Responsable du suivi					
Qui	Infirmier référent Psychologue				
Etat d'avancement Date : ____/____/____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°2 : Fiche de signalement des événements indésirables

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°2-4					
Action mise en œuvre	Rédiger la procédure de CREX et la mettre en œuvre.				
Objectif	Déployer une culture de la gestion des risques au sein de l'établissement et la rendre opérationnelle.				
Description	Les CREX permettent d'analyser en équipe pluri-professionnelle les événements présentant une criticité élevée.				
Par qui	Direction des soins, encadrement.				
Quand	Dernier trimestre 2019				
Comment	Par un travail en concertation avec le service qualité du CHIC, selon les procédures en vigueur. Par une réunion du CREX telle que définie dans la procédure.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1 ^{er} trimestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de CREX Suivi des plans d'actions pris en CREX				
Responsable du suivi					
Qui	Directeur qualité Service qualité				
Etat d'avancement Date : ____/____/____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°2 : Fiche de signalement des événements indésirables

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°2-3 :					
Action mise en œuvre	Analyser les fiches de signalement des événements indésirables				
Objectif	Identifier les problèmes récurrents ou les risques majeurs afin de mettre en place une gestion des risques a priori				
Description	Les FEI permettent une gestion a priori des risques, c'est-à-dire la prévention d'apparition de ces derniers				
Par qui	Direction, encadrement				
Quand	En continu, à chaque fiche avec traitement par fiche et à l'occasion des CREX. A la production du rapport d'activité annuel				
Comment	Alertes données par le logiciel ainsi que extraction des statistiques par le logiciel.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2 semestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de fiches rédigées Analyse d la criticité et de la fréquence des événements indésirables				
Responsable du suivi					
Qui	Directeur				
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date : ____ / ____ / ____					

THEME n°2 : Fiche de signalement des événements indésirables

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°2-2 :					
Action mise en œuvre	Sensibiliser à ENNOV et à la démarche de signalement				
Objectif	Former 100% à la démarche de signalement des événements indésirable par le logiciel ENNOV				
Description	Le logiciel est un logiciel documentaire assurant la gestion informatisée des événements indésirables				
Par qui	Direction, service qualité, cadre de santé				
Quand	Tout au long de 2018 et à chaque nouvel arrivant et à périodicité régulière en fonction des audits				
Comment	Livret d'accueil, plaquettes d'infos ENNOV, Réunions de formation et de réflexions sur les événements indésirables auprès de l'encadrement				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1 ^{er} semestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de fiches rédigées % de personnes formées				
Responsable du suivi					
Qui	Directeur				
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date : / /					

THEME n°5 : Sécurisation du circuit du médicament

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°5-1 :					
Action mise en œuvre	Rédiger la procédure de sécurisation du circuit du médicament, dans l'intégralité des étapes				
Objectif	Sécuriser le circuit du médicament dans l'intégralité des étapes de la prescription à l'administration				
Description	Ensemble des étapes de sécurisation du circuit du médicament spécifiant les barrières mises en œuvre pour éviter un évènement indésirable grave. Création d'un questionnaire d'évaluation du circuit des médicaments.				
Par qui	Pharmacien – Cadre de Santé – Médecin coordonnateur – IDE référent Pharmacie				
Quand	1 ^{er} semestre 2018				
Comment	Evaluation des pratiques professionnelles avec questionnaire d'évaluation lié à l'administration des médicaments.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Fin 2 ^{er} semestre 2018				
Modalités de suivi et d'évaluation	Réunion de suivi et mise en place avec le pharmacien, l'encadrement et le référent pharmacie Veille sécuritaire par les soignants, le référent pharmacie et l'encadrement.				
Responsable du suivi					
Qui	Cadre de santé Service qualité				
Etat d'avancement Date : / /	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°4 : Commission d'animation

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°4-2 :					
Action mise en œuvre	Créer et rédiger le règlement intérieur de la commission d'animation				
Objectif	Définir les missions et règles de fonctionnement de la commission d'animation.				
Description	Elaborer un document reprenant l'ensemble des éléments et des objectifs de cette commission				
Par qui	Equipe d'animation, encadrement du service, membres désignés dans la composition				
Quand	3 ^{ème} trimestre 2018				
Comment	Proposition d'un règlement par l'équipe d'animation, étudiée et amendée en réunion de la commission				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2 ^{er} semestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Rapport d'activité de la commission d'animation				
Responsable du suivi					
Qui	Animateur Cadre de santé				
Etat d'avancement Date : ____ / ____ / ____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°3 : Directives anticipées

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°3-2 :					
Action mise en œuvre	Former les professionnels en interne au recueil des directives anticipées				
Objectif	Donner aux professionnels les outils pour la mise en application de la procédure concernant le recueil des directives anticipées.				
Description	La sensibilisation des professionnels doit permettre d'améliorer la connaissance des D.A : intérêt et caractéristiques La formation des professionnels doit permettre d'améliorer le recueil des D.A				
Par qui	Binôme « référent directives anticipées - Cadre de Santé » ou binôme « référent directives anticipées – Psychologue »				
Quand	2è semestre 2019				
Comment	Formation en interne par petit groupe sous forme de diaporama et de réflexions autour de situations concrètes Accompagnement individuel pour tout professionnel se sentant en difficulté.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1 ^{er} trimestre 2020				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de personnels formés collectivement Nombre de personnels accompagnés individuellement Questionnaire d'auto-évaluation				
Responsable du suivi					
Qui : Personnes associées :	Infirmier référent Cadre de santé psychologue				
Etat d'avancement Date : ____ / ____ / ____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°4 : Commission d'animation

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°4-1 :					
Action mise en œuvre	Définir la composition de la commission d'animation				
Objectif	Favoriser l'expression de chacun dans les souhaits et l'évaluation des activités d'animation				
Description	Définir le public concerné par la commission d'animation, et lancer un appel à candidature pour les participants non obligatoires				
Par qui	Equipe d'animation et encadrement du service				
Quand	3 ^{ème} trimestre 2018				
Comment	Réunion entre les animatrices et le cadre				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2 ^{ème} trimestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de participants à la commission, précisant leur statut (usagers, professionnels,...)				
Responsable du suivi					
Qui : Personnes associées :	Cadre de santé Animateur				
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date : / /					

THEME n°9 : Satisfaction des résidents et de leur famille

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°9-2 :					
Action mise en œuvre	Evaluer la satisfaction des résidents et des familles et en définir la régularité				
Objectif	Permettre le recueil régulier de la satisfaction des résidents et des familles				
Description	Evaluation à partir d'un questionnaire à destinataire des résidents et d'un questionnaire à destination des familles				
Par qui	Direction des usagers, cadre de proximité, services animation				
Quand	1 ^{er} semestre 2019				
Comment	Diffusion auprès des résidents et aide si besoin Diffusion par courrier auprès des familles				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Fin 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de questionnaires retournés Analyse des questionnaires présentée en CVS				
Responsable du suivi					
Qui	Cadre de santé Service Qualité				
Etat d'avancement Date : / / 	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°9 : Satisfaction des résidents et de leur famille

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°9-1 :					
Action mise en œuvre	Rédiger les questionnaires de satisfaction (un pour les résidents et un pour les familles), sa procédure de recueil et la charte de la bonne pratique de recueil				
Objectif	Sécuriser la parole du résident et des familles, le recueil de la satisfaction				
Description	Le questionnaire permet une évaluation multidimensionnelle de la satisfaction				
Par qui	Service qualité, encadrement de proximité				
Quand	1 ^{er} semestre 2020				
Comment	Groupe de travail				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Juin 2020				
Modalités de suivi et d'évaluation	Questionnaire rédigé et présenté en CVS				
Responsable du suivi					
Qui	Cadre de santé Service qualité				
Etat d'avancement Date : / / 	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°8 : Formation à la promotion de la bienveillance et à l'évaluation de la douleur

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°8-1 :					
Action mise en œuvre	Développer les formations douleur et bienveillance				
Objectif	Pourcentage d'agents formés à la promotion de la bienveillance : 100% Pourcentage d'agents formés à la douleur : 100%				
Description	Répondre de façon sécurisée à tous les niveaux aux droits des patients				
Par qui	Responsable RH, DRH				
Quand	2018-2022				
Comment	Définition des axes annuels institutionnels de formation				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	A chaque plan de formation				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de personnes formées.				
Responsable du suivi					
Qui	Directeur RH				
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date : ____ / ____ / ____					

THEME n°6 : Recours à l'HAD

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°6-1 :					
Action mise en œuvre	Rédiger la procédure de recours à l'HAD				
Objectif	Donner aux professionnels les outils nécessaires à la décision et au recours à l'HAD				
Description	Etablir une procédure, en lien avec l'HAD, qui reprend les conditions d'éligibilité des résidents aux services de l'HAD, et le circuit de la demande.				
Par qui	Gériatre, Encadrement, Direction des Soins, Responsable HAD.				
Quand	4 ^{ème} trimestre 2018				
Comment	Organiser une rencontre avec les responsables de l'HAD et les acteurs concernés sur le site, et recueillir les différents éléments nécessaires à la rédaction de la procédure				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1 ^{er} trimestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de recours à l'HAD				
Responsable du suivi					
Qui	Cadre de santé				
Etat d'avancement Date : ____/____/____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°7 : Recours aux services de soins palliatifs

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°7-1 :					
Action mise en œuvre :	Rédiger la procédure de recours à l'équipe mobile de soins palliatifs ou à une téléconsultation pour les situations palliatives				
Objectif	Donner aux professionnels les outils d'aide à la décision et de recours aux services de l'EMSP ou à la téléconsultation.				
Description	Etablir une procédure définissant les caractéristiques du recours à l'EMSP, et une précisant les modalités et le circuit du recours à la téléconsultation				
Par qui	Responsable EMSP, Gériatre, Centre Expert, Encadrement, Référent télémedecine, Direction des Soins.				
Quand	1 ^{er} semestre 2018				
Comment	Rencontre avec l'EMSP pour définir le moment et les modalités de recours Elaboration d'une procédure en lien avec les professionnels de recours à la téléconsultation, basée sur l'expertise de l'établissement.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2 ^{ème} semestre 2018				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de recours à l'EMSP Nombre de téléconsultations				
Responsable du suivi					
Qui	Cadre de santé				
Etat d'avancement	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué
Date : ____ / ____ / ____					

THEME n°11 : Prévention du risque de dénutrition

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°11-1 :					
Action mise en œuvre	Définir la prévention et le traitement du risque de dénutrition et en définir la procédure.				
Objectif	Prévenir la dénutrition, et le cas échéant la dépister précocement afin d'en éviter les conséquences somatiques et psychiques.				
Description	Politique de prévention du risque de dénutrition : - Analyse des données nutritionnelles et diagnostic écrit dans le dossier de soin. Orientation sur la prise en charge. - A l'entrée : IMC et noter si perte de poids + albumine et si perte d'appétit - Préconisation adaptée à chaque cas : repas personnalisé, suppléments "maison", compléments diététiques				
Par qui	Médecin, diététicienne, pour les préconisations IDE et ES pour la réalisation CLAN				
Quand	Juin 2018				
Comment	Audit clinique rétrospectif				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2 ^{ème} semestre 2018				
Modalités de suivi et d'évaluation	Surveillance du poids, 1 mois EHPAD ou USLD, tous les 15j en SSR et plus sur demande, biologie, ingesta				
Responsable du suivi					
Qui	Diététicienne				
Etat d'avancement Date : ____ / ____ / ____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°10 : Prévention des chutes

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°10-1:					
Action mise en œuvre	Vérifier l'adaptation des locaux au regard du risque de chute des résidents				
Objectif	Réduire de façon significative le risque de chutes évitables				
Description	Les locaux doivent être en conformité avec les normes d'accessibilité handicap, a fortiori dans un souci de préservation de la santé et la facilitation des parcours dans l'établissement pour les personnes accueillies				
Par qui	Direction logistique, personnel technique				
Quand	2018				
Comment	Visite des locaux Réunion avec les services techniques FEI				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2è semestre 2018				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de FEI chute				
Responsable du suivi					
Qui	Directeur chargé des travaux				
Etat d'avancement Date : ____ / ____ / ____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°11 : Prévention du risque de dénutrition

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°11-2 :					
Action mise en œuvre	Prévenir et traiter les affections bucco-dentaires				
Objectif	Eviter l'apparition ou la dégradation de troubles bucco-dentaires chez les personnes âgées en particulier				
Description	Mettre en œuvre un suivi bucco-dentaire par convention avec des dentistes se déplaçant et par la téléconsultation.				
Par qui	Encadrement, praticiens extérieurs, Direction des Soins				
Quand	2019				
Comment	Rencontre avec les chirurgiens-dentistes concernés, et établissement d'une fiche-réflexe pour les professionnels et des conditions de déclenchement d'un avis spécialisé.				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	1 ^{er} semestre 2020				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre d'examens réalisés par les soignants ayant déclenché un avis spécialisé Nombre d'avis spécialisés sur place ou par téléconsultation				
Responsable du suivi					
Qui	Cadre de santé Infirmier référent				
Etat d'avancement Date : ____/____/____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°10 : Prévention des chutes

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°10-2 :					
Action mise en œuvre	Vérifier la validité de la procédure de prévention et de traitement des chutes				
Objectif	Prévenir le risque de chute par des actions diversifiées, et en évaluer la gravité en cas de survenue.				
Description	Apporter aux professionnels des éléments de prévention des chutes par le repérage des personnes à risque et des facteurs extrinsèques favorisants. Evaluer la gravité de la chute et les éventuelles mesures à mettre en œuvre (avis spécialisé, téléconsultation, aménagement de la chambre, etc.)				
Par qui	Kinésithérapeute, psychomotricienne, ergothérapeute, gériatre, encadrement, Direction des soins, service qualité				
Quand	2 ^e semestre 2018				
Comment	Analyse des chutes tracées et recherches de possibilité de prévention (facteurs intrinsèques et extrinsèques)				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2 ^{ème} trimestre 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de chutes totales Nombre de chutes par résident				
Responsable du suivi					
Qui	Médecin coordonnateur				
Etat d'avancement Date : ____/____/____	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°10 : Prévention des chutes

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°10-3 :	
Action mise en œuvre	Valider le projet de prévention des chutes et sa mise en œuvre (parcours de chute)
Objectif	Prévenir le risque de chute par des actions diversifiées. - Créer du lien et une dynamique de groupe. - Stimulation aux déplacements. - rendre du plaisir à travers la mise en mouvement du corps. - Respect et écoute de l'autre. - Préserver et enrichir la proprioception (schéma corporel). - Sentir l'équilibre du corps et ses déséquilibres. - Mise en place de réactions parachutes. - Diminution de l'angoisse lors de la marche.
Description	Prévenir la chute et diminuer les angoisses : La perte d'autonomie est souvent due à la chute. Une fois survenue, elle conduit la personne fragilisée à réduire ses déplacements et ses activités. Cette limitation augmente le risque de nouvelles chutes. Le DM3 (parcours de marche) s'adapte aux capacités de chaque utilisateur afin qu'il sorte de ce cercle vicieux et puisse recouvrer son indépendance. Des exercices pour reconquérir l'autonomie : Les trois tapis et les accessoires qui composent le DM3 permettent d'exercer : - la marche physiologique : en travaillant la hauteur et la longueur du pas, le déséquilibre vers l'avant et la souplesse articulaire. - les réflexes d'équilibration : En travaillant les réflexes d'adaptation posturale, les synergies axiales, la souplesse des hanches et des chevilles. - le travail proprioceptif : En favorisant l'adaptation automatique du pied aux différentes surfaces du sol. - la confiance en soi : En redécouvrant le plaisir de marcher, sans crainte de tomber.
Par qui	Psychomotricienne, ASG, AS formés
Quand	1 ^{er} semestre 2018
Comment	Validation du projet en accord avec le médecin coordonnateur et le cadre de santé

Suivi					
Echéance de mise en œuvre	début 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Pointage des personnes à risque de chute par les soignant Evaluation avec test Tinetti + DM3				
Responsable du suivi					
Qui	Chloé DELODE, psychomotricienne Médecin coordonnateur				
Etat d'avancement Date : __ / __ / __	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°14: développer des actions en faveur de la prévention à l'attention des personnes du territoire

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°14					
Action mise en œuvre :	Développer des actions de préventions multiples, tel que le sport, les activités socio culturelles en EHPAD, des actions de promotions de la santé en coopération avec la commune ou l'intercommunalité, la télémédecine hors les murs, ...				
Objectif	Permettre de conduire des actions de prévention à l'attention dde la population âgée fragile				
Description	Développer le programme Parcours défini et inscrit dans le projet d'établissement				
Par qui	Psychologue – Cadre de Santé-coordonnatrice administrative et coopération avec le CHICRDD				
Quand	Fin 2018				
Comment	Recherche de financements dans le cadre de la conférence des financeurs et des appels à projet avec une recherche de solution pérenne dès lors que l'évaluation est positive				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	Début 2019				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre d'actions conduites Nombres de participants				
Responsable du suivi					
Pilote : Personne associée :	Directeur Psychologue Coordonnateur administratif				
Etat d'avancement Date : / /	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n° 12 : Accès à la citoyenneté et inclusion sociale

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n° 12-1					
Action mise en œuvre	Inscrire dans le projet d'animation toute action concrète favorisant l'accès à la citoyenneté, à la vie sociale et à la culture.				
Objectif	Favoriser la participation à la vie sociale des résidents et répondre à leurs attentes				
Description	Les établissements médico-sociaux se doivent de proposer une dynamique d'intégration des résidents à la société. Cela passe par des actions relevant aussi bien du respect des droits en tant que citoyens, que de l'accès à de l'offre culturelle, sportive,...				
Par qui	Direction, cadres de proximité				
Quand	2018/2022				
Comment	Analyse des besoins des résidents Ecriture de projets				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	2022				
Modalités de suivi et d'évaluation	compte-rendu de réunion				
Responsable du suivi					
Qui	Directeur Et adjoint				
Etat d'avancement Date : __/__/__	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

THEME n°1: améliorer l'accès aux soins

N.B. : Remplir une fiche par action mise en œuvre.

Fiche d'action n°13					
Action mise en œuvre :	Poursuivre le déploiement de la télémédecine en interne selon les programmes e santé, et notamment les soins bucco dentaires				
Objectif	Permettre l'accès aux soins spécialisés				
Description	Mettre en œuvre le projet d'établissement dans sa partie télémédecine				
Par qui	Cadre de Santé –ensemble des IDE et associé aux AS				
Quand	2017				
Comment	Formation et promotion de la télémédecine, inscription de l'action dans les objectifs du cadre				
Suivi					
Echéance de mise en œuvre	En cours depuis 2013				
Modalités de suivi et d'évaluation	Nombre de téléconsultation				
Responsable du suivi					
Pilote : Personne associée :	Médecin coordonnateur Cadre de santé Infirmier référent				
Etat d'avancement Date : / / 	☐ Non fait	☐ Prévu	☐ En cours	☐ Réalisé	☐ Evalué

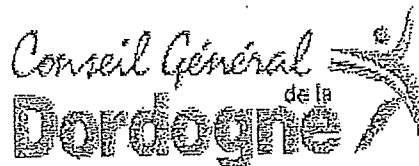
Fiches Action CPOM
EHPAD « La Porte d'Aquitaine » - La Roche Chalais

N°	Action	Pilote	Critère	Deadline
1	Réactualisation du projet de vie individualisé			
1-1	Vérifier la procédure de réalisation et de réactualisation du projet de vie individualisé.	CADRE DE SANTE PSYCHOLOGUE	% de projet personnalisé rédigé % de projets réactualisés	Début 2019
2	Fiche de signalement des événements indésirables			
2-1	Assurer le déploiement d'ENNOV	DIRECTEUR	Système opérationnel	1 ^{er} semestre 2018
2-2	Sensibiliser à ENNOV et à la démarche de signalement	DIRECTEUR	Nombre de fiches rédigées % de personnes formées	1 ^{er} semestre 2019
2-3	Analyser les fiches de signalement des événements indésirables	DIRECTEUR	Nombre de fiches rédigées Analyse d la criticité et de la fréquence des événements indésirables	2 ^{ème} semestre 2019
2-4	Rédiger la procédure de CREX et la mettre en œuvre.	DIRECTEUR	Nombre de CREX Suivi des plans d'actions pris en CREX	1 ^{er} trimestre 2019
3	Directives anticipées			
3-1	Rédiger la procédure relative au recueil des directives anticipées et en sécuriser la démarche	INFIRMIER REF PSYCHOLOGUE	Nombre de résidents ayant rédigé ses directives anticipées Nombre de résidents informés	1 ^{er} trimestre 2019
3-2	Former les professionnels en interne au recueil des directives anticipées	INFIRMIER REF CADRE DE SANTE PSYCHOLOGUE	Nombre de personnels formés collectivement Nombre de personnels accompagnés individuellement Questionnaire d'auto-évaluation	1 ^{er} trimestre 2020
4	Commission d'animation			
4-1	Définir la composition de la	CADRE DE SANTE ANIMATEUR	Nombre de participants à la commission, précisant	2 ^{ème} trimestre 2019

	commission d'animation		leur statut (usagers, professionnels,...)	
4-2 LM	Rédiger le règlement intérieur de la commission d'animation	ANIMATEUR CADRE DE SANTE	Rapport d'activité de la commission d'animation	Fin de 1 ^{er} semestre 2019
5	Sécurisation du circuit du médicament			
5-1	Rédiger la procédure de sécurisation du circuit du médicament, dans l'intégralité des étapes	DIRECTEUR	Réunion de suivi et mise en place avec le pharmacien, l'encadrement et le référent pharmacie Veille sécuritaire par les soignants, le référent pharmacie et l'encadrement.	Fin 1 ^{er} semestre 2018
6	Recours à l'HAD			
6-1	Rédiger la procédure de recours à l'HAD	DIRECTEUR	Nombre de recours à l'HAD Nombre de FEI concernant le recours à l'HAD	1 ^{er} trimestre 2018
7	Recours aux services de soins palliatifs			
7-1	Rédiger la procédure de recours à l'équipe mobile de soins palliatifs ou à une téléconsultation pour les situations palliatives	DIRECTEUR	Nombre de recours à l'EMSP Nombre de téléconsultations	1 ^{er} trimestre 2019
8	Formation à la promotion de la bientraitance et à l'évaluation de la douleur			
8-1	Développer les formations douleur et bientraitance	DIRECTEUR	Nombre de personnes formées.	A chaque plan de formation
9	Satisfaction des résidents et de leur famille			
9-1	Rédiger les questionnaires de satisfaction (un pour les résidents et un pour les familles), sa procédure de recueil et la charte de la bonne pratique de recueil	CADRE DE SANTE Service qualité	Questionnaire rédigé et présenté en CVS	Juin 2020
9-2	Evaluer la satisfaction des résidents et des	CADRE DE SANTE Service qualité	Nombre de questionnaires retournés	Fin 2019

	familles et en définir la régularité		Analyse des questionnaires présentée en CVS	
10	Prévention des chutes			
10-1	Vérifier l'adaptation des locaux au regard du risque de chute des résidents	DIRECTEUR	Nombre de FEI Réalisation de l'AD'AP	2 ^e semestre 2018
10-2	Vérifier la validité de la procédure de prévention et de traitement des chutes	Médecin coordonnateur	Nombre de chutes totales Nombre de chutes par résident	2 ^e trimestre 2019
10-3	Valider le projet de prévention des chutes et la mettre en œuvre (parcours de chute)	PSYCHOMOTRICIEN CADRE DE SANTE	Pointage des personnes à risque de chute par les soignant Evaluation avec test Tinetti + DM3	début 2019
11	Prévention du risque de dénutrition			
11-1	Définir la prévention et le traitement du risque de dénutrition	CADRE DE SANTE	Surveillance du poids, 1 mois EHPAD ou USLD, tous les 15j en SSR et plus sur demande, biologie, ingesta	2 ^{ème} semestre 2018
11-2	Prévenir et traiter les affections bucco-dentaires	CADRE DE SANTE INFIRMIER REFERENT	Nombre d'examens réalisés par les soignants ayant déclenché un avis spécialisé Nombre d'avis spécialisés sur place ou par téléconsultation	1 ^{er} semestre 2020
12	Accès à la citoyenneté et à l'inclusion sociale			
12-1	Inscrire dans le projet d'animation toute action concrète favorisant l'accès à la citoyenneté, à la vie sociale et à la culture.	DIRECTEUR	compte-rendu de réunion	2022
13	améliorer l'accès aux soins			

	Poursuivre le déploiement de la télémédecine en interne selon les programmes e santé, et notamment les soins bucco dentaires	Médecin coordonnateur Cadre de santé Infirmier référent	Nombre de téléconsultation	En cours depuis 2013
14	développer des actions en faveur de la prévention à l'attention des personnes du territoire			
	Développer des actions de préventions multiples, tel que le sport, les activités socio culturelles en EHPAD, des actions de promotions de la santé en coopération avec la commune ou l'intercommunalité, la télémédecine hors les murs, ...	Directeur Psychologue Coordonnateur administratif	Nombre d'actions conduites Nombres de participants	Début 2019



PRÉFECTURE DE LA DORDOGNE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES
Service Personnes Handicapées

LE PRÉFET DU DÉPARTEMENT
DE LA DORDOGNE

100115

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA PRÉVENTION
Service des Établissements

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL
DE LA DORDOGNE

N° SE - 10 - 001

Arrêté de régularisation de la capacité de l'EHPAD « La Porte d'Aquitaine » de La Roche Chalais

VU le code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment les articles L.313-1 et suivants ;

VU le code général des collectivités territoriales ;

VU l'arrêté de monsieur le préfet n°020034 du 11 janvier 2002 autorisant la transformation de la maison de retraite de La Roche Chalais en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), pour une capacité à 105 places ;

VU la délibération n°09/25 du 17 décembre 2009 du Conseil d'Administration de l'EHPAD « La Porte d'Aquitaine » de La Roche Chalais demandant de porter la capacité de l'établissement à 104 lits ;

CONSIDÉRANT le projet de délocalisation de l'établissement d'une capacité de 104 places ;

SUR proposition de monsieur le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et de madame le directeur départemental de la solidarité et de la prévention ;

ARRESENT

ARTICLE 1^{er} : L'autorisation, prévue à l'article L 313-1 du CASF, est accordée à l'EHPAD « La Porte d'Aquitaine » de La Roche Chalais. La capacité de l'établissement est fixée à 104 places réparties comme suit :

- 78 places d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes,
- 26 places d'hébergement permanent pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

ARTICLE 2 : La présente autorisation vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale du département, sur la totalité de sa capacité.

ARTICLE 3 : Conformément à l'article L 313-8-1 du CASF, une convention relative à l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sera conclue entre le département et l'établissement.

ARTICLE 4 : L'établissement est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité habilitée à l'aide sociale, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui.

ARTICLE 5 : L'habilitation à l'aide sociale du département dont bénéficie l'établissement pourra être retirée par monsieur le président du conseil général dans les conditions énoncées par l'article L 313-9 du CASF.

ARTICLE 6 : Conformément aux dispositions des articles 80 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, L 313-1 et L 313-5 du CASF, la présente autorisation est d'une durée de 15 ans à compter du 4 janvier 2002. Son renouvellement est subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L 312-8 du CASF.

ARTICLE 7 : La présente autorisation ne prendra effet qu'après réalisation d'une visite de conformité prévue par le CASF et notamment ses articles D 313-11 à D 313-14. Par ailleurs, les normes techniques et de sécurité devront être conformes à la réglementation en vigueur.

ARTICLE 8 : La présente autorisation sera réputée caduque, en application de l'article L 313-2 du CASF, si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution avant l'expiration d'un délai de trois ans à compter de sa notification.

ARTICLE 9 : L'établissement fournira les documents administratifs, financiers et comptables, ainsi que les renseignements statistiques conformément aux articles R 314-1 et suivants du CASF.

ARTICLE 10 : L'établissement s'engage à produire avant le 30 avril N+1, le rapport d'activité du directeur de l'établissement et les comptes de résultat de la gestion afférente à l'année N.

ARTICLE 11 : Le tarif journalier de l'hébergement permanent est fixé annuellement par monsieur le président du conseil général conformément aux articles R 314-1 et suivants du CASF et au taux arrêté par délibération du conseil général en application de l'article R 314-36 du CASF.

ARTICLE 12 : Le conseil général règle à l'établissement sa contribution au titre de l'aide sociale sur présentation d'état de frais de séjour.

ARTICLE 13 : Tout recours contentieux contre le présent arrêté devra être introduit auprès du Tribunal Administratif de Bordeaux – 9, Rue Tastet BP 947 33063 BORDEAUX CEDEX, dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication,

ARTICLE 14 : Monsieur le secrétaire général de la préfecture, monsieur le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, monsieur le directeur général des services départementaux et madame le directeur départemental de la solidarité et de la prévention sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture et du département de la Dordogne.

Fait à Périgueux, le 29 JAN. 2010

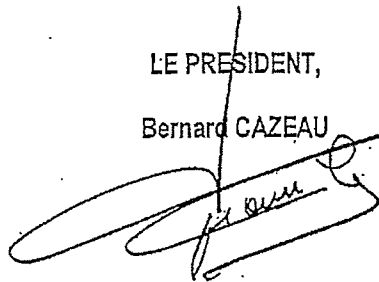
LA PREFETE,



LA PREFETE

LE PRESIDENT,

Bernard CAZEAU



TROISEME PARTIE

SYNTHESE ET PRECONISATIONS

L'EHPAD La porte d'Aquitaine se trouve aujourd'hui dans une phase transitoire.

Un nouvel établissement est en cours de construction, un projet d'établissement a été établi, un projet qualité a été mis en place en 2009.

Toutes ces mesures vont permettre à l'ensemble de la structure d'évoluer favorablement. Toutefois, certains points devront faire l'objet d'une attention particulière pour que les fondations mises en œuvre aujourd'hui puissent être appliquées du mieux possible.

Dans cette synthèse nous reprendrons les points d'amélioration sur la base de l'observation détaillée ci-dessus autour de l'intégration, du développement de la personne notamment dans la pertinence et la cohérence des prestations pour terminer sur la mise en œuvre des réseaux, et la gestion des ressources humaines et financières.

1. Dans le Cadre des démarches d'Intégration Sociale

L'intégration physique de l'établissement ne pose pas de problème dans l'équilibre de la population de la Roche Chalais, c'est plutôt un élément fédérateur du point de vue économique.

Préconisation : Cette situation peut être utilisée pour dynamiser la politique d'ouverture et pour favoriser la mixité (des générations, mais aussi des résidents avec la population locale) dans les activités sur le territoire. La programmation des animations doit prendre une place prépondérante dans cette dynamique.

Image et communication : Si du point de vue de l'intégration locale, l'établissement est clairement identifié, il n'en est pas de même sur un périmètre plus étendu.

Préconisation : Etablir un plan de communication pour améliorer la visibilité de l'EHPAD notamment par la mise en œuvre d'une charte graphique, éventuellement d'un logo, et de quelques éléments d'information sur Internet. Ce travail s'il est bien mené aura l'avantage de fédérer l'ensemble des agents autour d'une image valorisante de leur métier et de l'établissement.

2. Dans le Cadre du développement de la personne.

Autour du résident, les prestations d'accueil et de soins doivent être respectées. S'il existe une procédure pour le recueil des informations et la formulation des souhaits de la personne, la circulation de l'information écrite est encore à améliorer.

Il n'y a pas aujourd'hui de lieu d'accueil isolé, d'autre part, la notion de continuité dans l'accompagnement de la personne doit être mieux appréhendée. La chaîne de communication entre tous les intervenants doit être organisée pour être plus efficace.

Le processus de deuil n'est pas abordé globalement.

Des actes de maltraitance et/ou de violence n'ont pas été observés mais ces notions restent encore très floues dans le quotidien des agents. Une partie du personnel non directement en charge des résidents, ne sait pas comment ni à qui transmettre une information relative à de la maltraitance (verbale ou autre) il ne sait pas non plus caractériser une situation de maltraitance

Préconisation : Mettre en œuvre une organisation de communication par petit groupe pour s'assurer que toutes les informations sur le projet de vie de la personne sont bien comprises. D'autre part ces réunions doivent permettre également la mise à jour des informations en intégrant la totalité des intervenants (coiffeuse, cuisinier, agents d'entretien, personnel de soin, etc....). Un plan de formation sur la prise en compte de la fin de vie du deuil et de la maltraitance a été mis en œuvre par la Direction et doit être réalisé le 21 juin, les réunions d'information avec le personnel doivent se poursuivre.

3. Dans le cadre de la pertinence et cohérence des prestations.

La Direction a réinitialisé les principes de communication et d'information autour du CA, du CVS et des instances représentatives dans l'établissement, mais le principe du projet d'accompagnement individualisé, la notion d'interdisciplinarité et la prise en compte du projet de la personne doit être mieux appréhendé, cela aura l'avantage de délimiter de façon précise les responsabilités de chacun.

Préconisation : Formaliser le projet d'accompagnement et le présenter en équipe régulièrement avec l'ensemble des intervenants. Reprendre le protocole d'accueil et du suivi des résidents de façon plus collective.

La santé physique et mentale, les soins doivent faire l'objet d'une attention particulière dans la chaîne d'information. Un protocole de travail doit être formalisé et piloté par le médecin coordonnateur.

Préconisation : Proposer des plages d'intervention pour les médecins libéraux afin de prévenir à la fois le résident mais également les familles et le personnel soignant. Favoriser les visites auprès des résidents.

Mettre en place un protocole d'évaluation de la douleur.

Favoriser et accompagner le travail du kinésithérapeute pour le rendre plus efficace.

Dans le cadre de la prévention et de la sécurité des soins, le circuit des médicaments n'est pas sécurisé, les prescriptions médicales ne font pas toujours l'objet d'une attention réelle (pas de visite du patient, reproduction des ordonnances sans vérification, pas de signature sur les ordonnances, heures de visite aléatoires, etc...). La vérification et la distribution des médicaments reposent sur les infirmières. Cette organisation génère une perte de temps importante dans la préparation des piluliers.

Préconisation : S'appuyer sur la compétence du Médecin coordonnateur pour la prise en compte des soins de manière collective. Et affirmer son rôle autour :

- Du résident : lors de la visite de pré-admission au cours de laquelle il fait un premier bilan de la perte d'autonomie et des besoins en soins et surtout de l'adaptation des ressources de l'établissement aux besoins de l'entrant. Et établir avec l'équipe de soins le projet de soins individuel et de son suivi. Une attention doit être apportée à la mise en place et la tenue des dossiers médicaux et de soins.
- De l'équipe de soins, il a en charge la qualité des soins à tous les niveaux : médical, y compris la prévention des risques sanitaires et nosocomiaux éventuels, psycho relationnel et environnemental (conditions pratiques et matérielles du soin). Il a un rôle fondamental avec le cadre de santé ou l'infirmier dans le contrôle des protocoles et des projets de soins collectifs. Il doit assurer l'interface avec les médecins traitants libéraux intervenants extérieurs.
- De la direction et des institutions partenaires, il est le conseiller médical de la direction et responsable du projet de soins qui s'inscrit dans le projet d'établissement. Il joue également un rôle dans les relations avec les réseaux gérontologiques du secteur, les établissements partenaires et les tutelles.
- Il est donc important de lui apporter le plus grand concours dans la réalisation de ses tâches

4. Dans le cadre de la politique d'ouverture de l'établissement

L'EHPAD « La Porte d'Aquitaine » a signé plusieurs conventions :

- Convention d'intervention pour l'exercice de la médecine du travail au bénéfice du personnel de l'EHPAD de la Roche Chalais
- Convention avec le CCAS de la Roche Chalais pour la fourniture de repas
- Convention avec le CHS de Montpon relative à la fourniture et pose d'étiquettes thermocollables imprimées sur les vêtements de travail en date du 25/01/99
- Convention avec le CHS de Montpon en date du 26/12/00 relative à la coopération avec la maison de retraite (participation IDE et admission des résidents)

Evaluation Externe

EHPAD - La Porte d'Aquitaine – Rue des Buis – 24490 La Roche Chalais –

<http://www.abras-strategie.com/>

Le, 13 juillet 2010

- Convention du 2 juin 2004 avec le CHS de Montpon relative à l'intervention d'un Infirmier dans les locaux de la maison de retraite les 2^{ème}s et 4^{èmes} lundis du mois de 9h 30 à 11h30 modifiée par l'avenant du 3 juin 2009
- Convention avec la coiffeuse du 1^{er} juillet 2000
- Convention avec le CH de Libourne en date du 31 décembre 2001 relative à l'accueil des résidents de la maison de retraite
- Marché de fournitures avec le pharmacien de la Roche Chalais en date du 31/12/04
- Convention de partenariat Inter EHPAD de proximité avec Saint Seurin sur l'Isle (développement de la vie sociale extérieure, organisation de réception semestrielle avec mutualisation des charges de ces activités au prorata du nombre de résidents participants)
- Convention de mise à disposition du Cadre de Santé Hygiéniste du CH la Meynardie à raison d'une journée par quinzaine à compter du 1^{er} avril 2010

Certaines de ces conventions devront faire l'objet d'une actualisation d'une part pour leur renouvellement mais également pour préciser les missions et les moyens mis en œuvre de façon plus détaillée.

Les conventions précitées sont exclusivement des conventions de mutualisation de moyen.

Préconisation : S'appuyer sur l'animation du CLIC pour consolider les échanges, notamment dans le cadre des formations et animations. La proximité des deux autres établissements doit être utilisée pour mettre en œuvre une complémentarité d'action et d'accueil des résidents.

L'information et la communication externe est aujourd'hui dynamisé autour du nouveau projet en cours de construction, en revanche, la communication interne souffre d'un manque de cadrage et de lieu.

Préconisation : S'appuyer sur une démarche de communication et de formalisation, du livret d'accueil, des courriers, du projet d'établissement, etc.... pour favoriser la mise en œuvre de groupes de travail tel qu'ils sont programmés dans le projet qualité et gestion des risques, une organisation est formalisée et trouve sa première traduction avec la mise en place des référents hygiène et sécurité. Des réunions sont programmées le 9 juin pour l'évaluation du risque infectieux sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Ces groupes pourraient travailler à la fois sur l'identité du nouvel établissement, sur les protocoles de travail et sur les fiches de poste ou de mission.

La gestion des risques : Il n'y a pas aujourd'hui de Document Unique recensant les risques encourus, le bâtiment actuel n'est pas conforme (avis de la commission de sécurité). La surveillance de l'établissement est assurée par des agents formés, mais la surveillance de nuit n'est pas renforcée. Cet établissement a déjà fait l'objet de 2 intrusions nocturnes avec vol.

Préconisation : Même si cet établissement est amené à déménager dans un an, il y a lieu d'élaborer rapidement un DU et de consolider la sécurité nocturne.

5. Dans le cadre du pilotage, gestion Administrative et Financière

L'établissement poursuit sa démarche d'amélioration continue avec la mise en œuvre d'un plan annuel de formation mais il y a peu de mobilisation du personnel (peu d'inscription, pas de participation aux examens pour les formations diplômantes). Les démarches évaluatives tableaux de bord des risques de maltraitements, ainsi qu'un protocole de prévention n'est pas encore intégré dans la démarche globale.

Les outils informatiques sont aujourd'hui sous utilisés.

Préconisation : Fédérer et sensibiliser aux démarches évaluatives auprès de l'ensemble des agents, favoriser la démarche de formation continue et les formations diplômantes. Favoriser les formations informatiques, mettre en œuvre des transferts automatiques notamment avec les Conseil Généraux pour les paiements (APA, prestation d'aide sociale etc....).

La gestion administrative est assurée aujourd'hui par trois personnes dont les missions ne sont pas clairement identifiées, il y a superposition et/ou confusion dans les actions à mener ce qui engendre une surcharge de travail pour l'ensemble et un stress visible qui perturbe notablement le fonctionnement de l'ensemble. Les équipes sur chaque secteur font l'objet d'un turn over important.

Préconisation : revoir l'ensemble des flux d'information par poste de travail (voir fiche en annexe) et établir un recadrage des missions par pôle d'activité. D'autre part, un turn over des équipes soignantes est parfois générateur de maltraitance, il faudra être vigilant sur ce sujet.

Le protocole d'amélioration de la qualité suivant le référentiel Angélique élaboré en 2009 reste d'actualité, notamment sur la partie recrutement d'un Cadre de Santé.

Préconisation : au-delà de la nécessité d'un recrutement d'un Cadre Référent, et compte tenu des départs à la retraite de deux infirmières, il faut rapidement mettre en œuvre les fiches de poste et les protocoles de travail pour mettre en application le projet d'établissement. Ce travail de proximité doit être porté par La Directrice en collaboration avec l'ensemble des agents. Il y a lieu d'analyser les flux d'information, de revoir les fiches de poste au regard de la charge de travail effective et de la cohérence des missions. Enfin il faudra favoriser la transmission des informations avec l'ensemble des partenaires par voie numérique (ce qui accélèrera et allègera le suivi des paiements) cet aspect nécessite un travail d'analyse des pratiques en interne autant qu'en externe avec les partenaires institutionnels (Conseils Généraux et ARS).

L'établissement a aujourd'hui une vraie politique d'optimisation des achats. Le prix journée applicable depuis le 1^{er} mai 2009 est de 39,85 € pour l'hébergement de l'EHPAD La porte d'Aquitaine, Les tarifs EHPAD pour le département de la Dordogne s'établissent dans une fourchette de prix entre 39,80 et 53,54 €. Le projet de reconstruction en cours va provoquer une augmentation des tarifs jusqu'en 2013 pour se stabiliser autour de 43 € pour l'hébergement.

Le, 13 juillet 2010

Préconisation : Une communication préalable à cette évolution des tarifs doit être rapidement mise en œuvre. C'est un sujet de préoccupation pour certains résidents et leur famille. D'autre part, même à 43 € c'est un tarif qui reste encore dans la moyenne basse des prix journée sur la Dordogne. Ce tarif est le reflet d'une politique de gestion très rigoureuse qui ne laisse que peu de marge de manœuvre à l'intérieur de l'établissement.

5. CONCLUSION

L'EHPAD La Porte d'Aquitaine est un établissement en devenir, un nouvel établissement est en cours de construction, le projet d'établissement est le reflet d'une réelle volonté de modernisation et de changement.

Ce changement doit être accompagné par un plan de formation adapté, qu'il faut communiquer et formaliser.

D'autre part, cette mutation ne pourra être effective qu'à la condition d'un accompagnement de proximité de tous les partenaires. Le directeur d'établissement porte la responsabilité de sa mise en œuvre, mais l'ensemble des partenaires, institutionnels, associatifs, professionnels et bénévoles ont un rôle déterminant dans la réussite de ce projet, c'est cette dynamique collective autour des personnes âgées qui permettra de poser un regard différent et valorisé sur cette institution.



**CONTRAT PLURIANNUEL
D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
2018-2022**

ENTRE

**L'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine**

ET

Le Département de la Dordogne

ET

**Le Centre Hospitalier de Sarlat
(EHPAD Jean Leclaire et EHPAD du Plantier)**

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	5
1) Article 1 – L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	5
2) Article 2 – Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé	6
4) Article 3 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM	7
3.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	7
3.2 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	10
3.3 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP).....	9
3.4 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier (PREF) en cours d'exécution du CPOM.....	9
TITRE 2 – LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT	12
4) Article 4 – Le suivi et l'évaluation du contrat	12
5) Article 5 – Le traitement des litiges.....	13
6) Article 6 – La révision du contrat.....	13
7) Article 7 – La révision du terme des conventions tripartites pluriannuelles préexistantes au CPOM..	14
8) Article 8 – La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans.....	14
9) Article 9 - Pénalités financières - Forfait Soins Ehpad.....	12
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	15

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est conclu

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le CPOM :

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, représentée par Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur Général, dénommée ci-après l'ARS ;

Le Département de la Dordogne, représenté par Monsieur Germinal PEIRO, Président, dénommé ci-après le Département ;

Et,

Le Centre Hospitalier de Sarlat, représenté par Monsieur Thierry LEFEBVRE, directeur de l'établissement, habilité à signer le CPOM, conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF), dénommé ci-après le gestionnaire.

Visas et références juridiques :

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.313-11, L.313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2012-2017 ;

Vu le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne – Personnes Agées 2014-2019 ;

Vu l'arrêté n°2016-84/DOSA/CD et n°SPA-E-17-029 du 28 décembre 2016 relatif à la programmation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens des ESMS du département de la Dordogne 24 (Région Nouvelle-Aquitaine) ;

Vu la décision du 3 novembre 2017 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Vu la délibération n° _____ de la Commission Permanente du Conseil Départemental en date du _____, autorisant Monsieur le Président du Conseil Départemental à signer le présent CPOM ;

Vu la délibération du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Sarlat en date du XX / XX / XXXX ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule :

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne et le Centre hospitalier de Sarlat conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagement réciproque tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun.

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le département de la Dordogne, le Centre hospitalier de Sarlat (EHPAD Jean Leclaire et EHPAD du Plantier) et repose notamment sur :

- un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement des axes stratégiques, des établissements précités ;
- les obligations respectives de chacun des cocontractants ;
- des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- les modalités de fixation de la tarification pour la section hébergement ;
- La mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficacité coût/service rendu dans le respect des crédits impartis ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

ARTICLE 1 – L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET LE PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire

- Etablissement gestionnaire : **Centre Hospitalier de SARLAT**
- N° FINESS de l'entité juridique : **24 000 068 7**
- Statut juridique du gestionnaire : **Etablissement Public de Santé** en direction commune avec les Centres Hospitaliers de Périgueux, Lanmary et Domme
- Personne morale signataire du CPOM aux fins de percevoir la dotation globalisée commune (DGC) : **Centre Hospitalier de SARLAT**
- Activités conduites par l'entité juridique gestionnaire **Médecine, Court Séjour Gériatrique, Gynéco-obstétrique, Chirurgie ambulatoire, SSR, USLD, EHPAD, HAD, EMASP.**
- Organigramme du Centre Hospitalier : **Voir Annexe n°10**
- Liste des services entrant dans le périmètre du contrat : **EHPAD Jean Leclaire (20 lits)**
EHPAD du Plantier (65 lits)
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
 - **EHPAD Jean Leclaire :** 20 lits en Hébergement Permanent
Numéro FINESS : 24 000 771 6
Arrêté initial d'activité en date du 29 juin 1990
 - **EHPAD du Plantier :** 65 lits en Hébergement Permanent
Numéro FINESS : 24 000 989 4
Arrêté initial d'activité en date du 4 juillet 1994
Transfert de l'activité au CH de Sarlat par arrêté conjoint ARS / Conseil Départemental en date du 31 décembre 2016.
Le tarif global est accordé à l'EHPAD du Plantier à compter de 2017 suite au rapprochement de la structure avec l'EHPAD « Jean Leclaire » du CH de Sarlat.

L'EHPAD Jean Leclaire est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale en date du 29 juin 1990 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (20).

L'EHPAD du Plantier est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du Conseil général n° SPAE 14-140 bis en date du 22 juillet 2014 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (65).

A ce titre, le présent contrat vaut convention d'aide sociale au sens de l'article L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles. Il sera fait application des dispositions du règlement départemental d'aide sociale.

- Partenariat(s) existant(s) et formalisé(s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services

Le Centre Hospitalier de Sarlat est membre du Groupement Hospitalier de Territoire de Dordogne.

ARTICLE 2 – LES OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination ;
- Repositionnement de l'offre et Innovation ;
- Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Personnaliser l'accompagnement ;
- Performance et Management de la Qualité.

Les orientations stratégiques définies dans le présent CPOM sont les suivantes :

➤ **Maîtrise des risques :**

- *Optimiser la prescription médicamenteuse du sujet âgé*
- *Améliorer la prévention bucco-dentaire des résidents*
- *Développer un politique de prévention des chutes et repérage des fragilités*
- *Développer la démarche de projet d'accompagnement personnalisé et la notion de référent*

➤ **Qualité du service rendu à l'utilisateur :**

- *Développer les valeurs et le sens donné aux actions du pôle gériatrique du Centre Hospitalier de Sarlat (EHPAD Jean Leclaire et EHPAD du Plantier)*
- *Développer une culture qualité et sécurité commune aux deux EHPAD*

➤ **Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux :**

- *Développer le recours à l'HAD et à l'EMASP*
- *Poursuivre l'implication du Centre Hospitalier de Sarlat dans le cadre de filière gériatrique et gériatrique du Périgord Noir*

- **Renforcement de l'efficience de gestion des ressources humaines :**
 - *Formaliser la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences*
- **Communication :**
 - *Ouverture de l'établissement sur son environnement*

ARTICLE 3 – LES MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

Dans le cadre de la remise de l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD), au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services, sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 31 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre, pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

3.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM

Les dispositions budgétaires et financières sont mises en œuvre dans le cadre de la politique régionale d'allocation de ressources de l'ARS déclinée dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB), et du périmètre des Dotations Régionales Limitatives (DRL) allouées par le niveau national.

Le financement de L'EHPAD Jean Leclaire et de l'EHPAD du Plantier, entrant dans le champ d'application du contrat, est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment, aux articles L.313-11 et R.314-39 à R.314-43-1 du CASF.

Le contrat repose sur une tarification forfaitaire « à la ressource », calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD, s'agissant du forfait global de soins et du forfait global de la dépendance.

La tarification annuelle prend la forme d'une dotation globale comprenant :

- Le forfait global de soins

Le forfait global relatif aux soins est défini à l'article R.314-159 du CASF. Il correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R.314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autre part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Dans ce cadre, lors d'une nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Il comprend :

- *La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente ;*
- *Les options tarifaires de chaque établissement couvertes par le contrat (tarif global ou partiel en particulier) ;*
- *Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution, ...).*

Pour les établissements n'ayant pas atteint la dotation cible, pour les années 2017 et 2023, une convergence en 7 ans vers le niveau de ressource cible (résultat de l'équation tarifaire) est mise en œuvre sans possibilité de modulation de ce principe de convergence pour la dotation soins (article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015).

A partir de 2018, par application de l'article R.314-160 du CASF, la part du forfait global relatif aux soins peut être modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon certaines conditions dudit article.

Durant la période s'étalant de 2018 et 2022, le seuil de déclenchement de la modulation variera en fonction de la situation de l'établissement.

Il est prévu trois situations :

- pour les établissements qui perçoivent 100% ou plus du résultat de l'équation tarifaire, le seuil de déclenchement de la modulation qui porte sur les financements versés au titre de l'hébergement permanent est de 95% ;
- pour les établissements qui perçoivent de 90% à 100% du résultat de l'équation tarifaire, le seuil de déclenchement de la modulation est de 90% en 2018, 91% en 2019, 92% en 2020, 93% en 2021, 94% en 2022 et 95% à compter de 2023 ;
- pour les établissements qui perçoivent moins de 90% du résultat de l'équation tarifaire, la modulation en fonction de l'activité ne s'applique pas.

A compter de 2024, tous les établissements percevront la totalité de leurs forfaits globaux soins, le seuil qui s'appliquera sera alors de 95% pour tous les établissements.

La possibilité de modulation concerne également les financements négociés dans le CPOM et qui constitue le forfait global de soins, à savoir les modalités d'accueil particulières (AJ, HT, UHR).

Les seuils de déclenchement correspondent aux moyennes régionales des taux d'occupation relatifs à ces modalités.

Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

La DGC financée par l'assurance maladie sera actualisée dans le respect des dispositions réglementaires y afférent.

- Le forfait global relatif à la dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance est calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2022, puis conformément aux articles R.314-173 et suivants du CASF.

Ainsi, pour 2017, le forfait global dépendance de l'EHPAD du Centre hospitalier de Sarlat s'élève à la somme de 118 237,49 €, et celui de l'EHPAD du Plantier à 378 609,01 €, soit un forfait global dépendance total de 496 846,50 €.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

- La tarification de l'hébergement

Le financement des établissements et services du gestionnaire est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles R.314-39-1 à R.314-43-1 du CASF. Le contrat ne peut déroger aux règles d'établissement et de transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et d'un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

Ainsi, pour les EHPAD « Jean Leclaire » et « Résidence du Plantier » du Centre Hospitalier de Sarlat, la dotation globalisée initiale correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat, soit 1 587 747,61 € pour la section hébergement (dont 375 547,61 € pour l'EHPAD Jean Leclaire et 1 212 200,00 € pour l'EHPAD du Plantier).

Le tableau suivant précise le détail de son calcul.

	Ehpad Jean Leclaire	Ehpad le Plantier
Titre 1	138 613,44 €	733 546,52 €
Titre 3	167 263,48 €	518 878,30 €
Titre 4	106 933,07 €	68 136,87 €
Total dépenses	412 809,99 €	1 320 561,69 €
recettes en atténuation	37 262,38 €	108 361,69 €
Dotation initiale	375 547,61 €	1 212 200,00 €

Sur la base de cette dotation globalisée initiale, il est convenu d'appliquer la formule de revalorisation suivante :

Tarif N =

Base reconductible des tarifs (dotation globalisée initiale, puis N-1)

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

Augmentée ou diminuée des incidences des PPI autorisés

/ activité prévisionnelle

L'activité prévisionnelle sera calculée conformément à l'article R. 314-181 du CASF.

3.2 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

Dans le cadre du CPOM, le principe retenu est celui de la non reprise des résultats par les autorités de tarification.

Le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service.

Cependant, les résultats peuvent être affectés de manière globale, puisque le bilan est commun au périmètre des structures du CPOM et donc de l'EPRD en règle générale (R.314-234 du CASF). Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire (sections hébergement / dépendance / soin) mais sur le résultat global du compte de résultat.

Il est convenu que les résultats excédentaires devront aller par ordre de priorité à :

- La réserve de compensation d'éventuels déficits ;
- La réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié à des investissements nouveaux selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI (si le PPI présente des surcoûts non couverts, les excédents devront être affectés en priorité à leur financement) ;
- La réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI.

Cette priorisation peut être revue sur la durée du CPOM.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire. Ils sont couverts en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat.

L'ARS et le Département conservent la possibilité de réformer le résultat (article R.314-236 du CASF) s'ils constatent des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification peut tenir compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit.

3.3 Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP)

Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) de l'EHPAD du Centre hospitalier de Sarlat approuvé le 16 janvier 2015, par courrier référencé SPAE/PI/MC/2015/n°47 est intégré au présent contrat et joint en annexe.

Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) de l'EHPAD du Plantier approuvé le 8 décembre 2009, par courrier référencé SE/RDI/RD/N°1371/2009 doit être réactualisé. A l'issue de cette réactualisation, il sera notifié au Centre hospitalier de Sarlat et annexé au présent CPOM par voie d'avenant.

Toute révision importante du PPI, de son plan de financement ou des emprunts, lorsque ces modifications sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges de la section d'exploitation, font l'objet d'une approbation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et/ou du Conseil Départemental de la Dordogne, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R.314-20 du CASF.

3.4 La mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM

Conformément aux dispositions du B du IV ter de l'article L313-12 du CASF, et sans préjudice de l'article L315-14 du même code, le présent contrat peut intégrer un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

ARTICLE 4 – LE SUIVI ET L'EVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un représentant du Département de la Dordogne
- Un représentant de l'Agence Régionale de Santé
- Un représentant de l'organisme gestionnaire.

Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

- Documents à produire

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et financiers, revue des objectifs (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc.

Dans le cadre du dialogue de gestion, le gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) prévu à l'article L.314-7-1 du CASF pour les établissements relevant du contrat, dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Cet EPRD est lié à la remise de documents de clôture budgétaire suivants :

- un Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) au titre de l'exercice N-1 avec un état des charges et des produits de chaque établissement ;
- une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. Ce document doit comprendre, pour chaque objectif, son niveau de réalisation retrace par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte ;
- la décision d'affectation du résultat de l'exercice N-1 ;
- un rapport d'activité ;
- le cas-échéant, un Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé par structure et consolidé ;
- un bilan sur la gestion et l'utilisation des produits financiers.

Le gestionnaire des deux EHPAD étant un établissement public de santé, et conformément à la réglementation, ces documents sont attendus pour le 31 juillet N+1 au plus tard.

- Les dialogues de gestion

Le comité de suivi se réunit à deux reprises au cours du contrat :

- au cours de la troisième année du contrat, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu

entre les parties signataires. Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.

- au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.
- Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le Conseil Départemental ou l'Agence Régionale de Santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens.

La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires.

A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

ARTICLE 5 – LE TRAITEMENT DES LITIGES

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'accord amiable, le différend pourra être porté devant la juridiction compétente.

ARTICLE 6 – LA REVISION DU CONTRAT

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

ARTICLE 7 – LA REVISION DU TERME DES CONVENTIONS TRIPARTITES PLURIANNUELLES PREEXISTANTES AU CPOM

Il est mis fin, à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, aux conventions tripartites pluriannuelles des EHPAD signataires suivants :

- EHPAD Jean Leclaire
- EHPAD du Plantier

ARTICLE 8 – LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DU CPOM ET LA DUREE DU CPOM DE 5 ANS

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2018.

ARTICLE 9 – LES PENALITES FINANCIERES – LE FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1^o du I de l'article L.314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait à Périgueux, le

La Directrice de la Délégation
Départementale de Dordogne
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Le Directeur du
Centre Hospitalier de SARLAT

Le Président du
Conseil Départemental
de Dordogne

LISTE DES ANNEXES AU CPOM

Les annexes énumérées ci-dessous sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires, tout comme le corps du contrat.

- **ANNEXE 1 : Diagnostic partagé**
- **ANNEXE 2 : Fiches actions**
- **Orientation stratégique n° 1 : Maîtrise des risques :**
 - *Fiche action n° 1 : Optimiser la prescription médicamenteuse du sujet âgé*
 - *Fiche action n° 2 : Améliorer la prévention bucco-dentaire des résidents*
 - *Fiche action n° 3 : Développer une politique de prévention des chutes et repérage des fragilités*
 - *Fiche action n° 4 : Développer la démarche de projet d'accompagnement personnalisé et la notion de référent*
- **Orientation stratégique n° 2 : Qualité du service rendu à l'utilisateur :**
 - *Fiche action n° 5 : Développer les valeurs et le sens donné aux actions du pôle gériatrique du Centre Hospitalier de Sarlat (EHPAD Jean Leclaire et EHPAD du Plantier)*
 - *Fiche action n° 6 : Développer une culture qualité et sécurité commune aux deux EHPAD*
- **Orientation stratégique n° 3 : Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux :**
 - *Fiche action n° 7 : Développer le recours à l'HAD et à l'EMASP*
 - *Fiche action n° 8 : Poursuivre l'implication du Centre Hospitalier de Sarlat dans le cadre de filière gériatrique et gériatrique du Périgord Noir*
- **Orientation stratégique n° 4 : Renforcement de l'efficacité de gestion des ressources humaines :**
 - *Fiche action n° 9 : Formaliser la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences*
- **Orientation stratégique n° 5 : Communication :**
 - *Fiche action n° 10 : Ouverture de l'établissement sur son environnement*
- **ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs (cf. tableau infra)**

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

- ANNEXE 4 : Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale
- ANNEXE 5 : Abrégé et synthèse du dernier rapport d'évaluation externe,
- ANNEXE 6 : Eléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat.

ANNEXE 1 : Diagnostic partagé

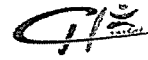
ANNEXE 1:

Diagnostic partagé



**DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE L'AUTONOMIE
POLE PERFORMANCE ET INVESTISSEMENTS
DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES**

HISTORIQUE			
DATE	Version (et date de mise à jour)	Auteurs et Approuvés	Modifications apportées
10/02/2017	0	Valérie LASTERE - Clémence DARTOIS - Philippe MARROT Pôle PSI - Dpt AOC - DOSA Joëlle CHATENET Pôle PSI - Dpt ER	Création d'un projet de document
17/02/2017	1	Valérie LASTERE - Clémence DARTOIS - Philippe MARROT Pôle PSI - Dpt AOC - DOSA	Modifications après échanges avec Matthieu AMODEO
07/03/2017	2	Valérie LASTERE - Clémence DARTOIS - Philippe MARROT Pôle PSI - Dpt AOC - DOSA	Modifications après échanges
10/03/2017	3	Matthieu AMODEO Pôle PSI - Dpt AOC - DOSA	Modification et validation
13/03/2017	4	Valérie LASTERE - Clémence DARTOIS - Matthieu AMODEO - Dominique PAILLEY Pôle PSI - Dpt AOC - DOSA	Modifications après échanges
30/03/2017	5	Groupe de travail CPOM PA	Modifications suite aux échanges
05/04/2017	VF	Valérie LASTERE - Clémence DARTOIS - Philippe MARROT - Matthieu AMODEO - Dominique PAILLEY Pôle PSI - Dpt AOC - DOSA	Modifications après échanges
IDENTIFICATION DU DOCUMENT SUR LE RESEAU INTERNE DE L'ARS			
NOM DE FICHIER	Diagnostic CPOM PA		
EMPLACEMENT DU DOCUMENT			
PROTECTORAT			
INSTRUMENTALISATION			



DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

EHPAD Résidence Jean Leclaire

EHPAD Résidence du Plantier

Centre Hospitalier de Sarlat

Page 2 sur 31

Table des matières

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM	4
2. ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX	4
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE	4
2.1.1. Mutualisation.....	4
2.1.2. Situation financière du gestionnaire	4
2.2. ÉLÉMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM	5
2.2.1. Évaluations internes et externes	5
2.2.2. Coopérations et conventions	6
2.2.3. Politique des ressources humaines	6
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS.....	9
2.2.5. Innovations en santé	10
3. DIAGNOSTIC PAR ÉTABLISSEMENTS	10
3.1. ÉLÉMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE.....	10
3.1.1. État des lieux (Tableau De Bord de la Performance)	10
3.1.2. Analyse des données du tableau de bord	14
3.2. ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES	16
3.2.1. Activité - EHPAD xxx	16
3.2.2. Ressources humaines - EHPAD xxx	16
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD xxx	18
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD xxx	21
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD xxx.....	23
4. ÉVOLUTION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE	31

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM

FINESS	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Statut public/privé	Capacités autorisées à la date d'effet du CPOM	Capacités installées à la date d'effet du CPOM	Dotation Globalisée Commune
240009894	EHPAD Résidence du Plantier	Public	65 lits	65 lits	2 634 977,72 €
240007716	EHPAD Résidence Jean Leclaire	Public	20 lits	20 lits	848 533,08 €
TOTAL					

2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

Les données ci-après sont à compléter par l'ensemble des structures, car non issues des tableaux de bord ou non développées par ces derniers.

2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE

2.1.1. Mutualisation

Existence d'un siège du gestionnaire : Les EHPAD sont des services du Centre Hospitalier de Sarlat.

Si oui y-a-t-il une autorisation de frais de siège :

Préciser notamment :

- Date d'autorisation :
- Durée :
- Qui est l'autorité de tarification compétente :
- Modalités de fixation des frais de siège (à chiffrer) :
- Activités financées dans le cadre de l'autorisation :
- Nombre d'ESMS concernés par les frais de siège :

Personnel financé par les frais de siège au CA n-1

Catégorie/emploi	Nombre d'agents	ETP	Masse salariale (€)
TOTAL			

2.1.2. Situation financière du gestionnaire

Résultats comptables du siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			
Dépenses			
Net			
Retraitements comptables (<i>variation des congés payés, reprises...</i>)			
RESULTAT A AFFECTER			

Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM

Contrairement au but des conventions tripartites, qui était de contractualiser individuellement, il figure parmi les principaux enjeux des CPOM de permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

2.2.1. Evaluations internes et externes

L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe doivent être annexés au CPOM.

Evaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD Résidence du Plantier	Décembre 2013	Décembre 2018
EHPAD Jean Leclaire	Août 2013	Août 2018

Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD Jean Leclaire	27 janvier 2015	27 janvier 2020
EHPAD Le Plantier	13-14 septembre 2014	Septembre 2019

Préciser les éléments positifs, issus des évaluations ou non, pouvant être transposés aux ESMS du CPOM :

ESMS couverts par le CPOM	Eléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS

2.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'IAD	X		
Une équipe mobile de gériatrie		X	
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		
Une ou plusieurs officines de pharmacie		X	
Un établissement de santé	X		Plan bleu
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale		X	
Un réseau de soins palliatifs		X	
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		X	
Un cabinet dentaire		X	
RHPAD ou USLD disposant d'une UMR ou d'un IASA		X	
Autres			

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
Association Fil d'Ariane (Uniquement pour l'EHPAD Résidence Jean Leclaire)	Soutien important de l'animation (ressources humaines, financières...)	Assurer des formations aux nouveaux bénévoles	Apport indéniable pour les résidents tout en bénéficiant d'un encadrement de l'animateur
Filière gériatrique du Périgord Noir	Regroupe l'ensemble des acteurs de la gériatrie et de la gérontologie	Développement des actions visant la fluidification du parcours de la personne âgée	Filière qui débute et se structure.

La participation de l'EHPAD au GHT est-elle envisagée (EHPAD publics) ? Orientation possible par le biais du développement de la filière gériatrique et gérontologique du territoire de la Dordogne.

2.2.3. Politique des ressources humaines

Principaux axes de la politique des ressources humaines du gestionnaire

ESMS couverts par le CPOM	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
EHPAD du CH DE SARTLAT	Refonte de la politique d'évaluation Politique impulsée en faveur de la qualité de vie au travail Politique d'intégration et d'accueil au sein du CH (Livret d'accueil, réunion d'accueil des agents recrutés...)		

Page 6 sur 31

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	X				
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?		X			
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	X				
Adéquation du personnel aux missions ?	X				

Protection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite

Année de l'exercice	Nombre de personnes susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite	Statut des personnes	Montant des cotisations (en €)	Montant des cotisations (en €)
ANNÉE 2017 EHPAD J. Leclaire	3	AS ISGS AQ	552,5 € 1250 €	Remplacement Remplacement
ANNÉE N+1 EHPAD J. Leclaire	4	AS ASIQ ISGS OPQ	300 € 0 0 260 €	Remplacement Remplacement Remplacement Remplacement
ANNÉE N+2 EHPAD J. Leclaire	0			
ANNÉE N+3 EHPAD J. Leclaire	1	AS	680 €	Remplacement
ANNÉE N+4 EHPAD J. Leclaire	2	IDR AS	1 000 €	Remplacement Remplacement
TOTAL	10		4 102,5 €	
Provisions déjà constituées			4 102,5 €	
BESOIEN FINANCIER			0	

Page 7 sur 31

ESMS couvert(e) par le CPOM	Nombre d'ETP susceptibles de partir en retraite	Qualification des personnels concernés	Montant indemnités départ en retraite (P/Ves) et CEI (ombrées)	Politique RH : Remplacement, mutualisation ou suppression poste
ANNEE 2017 : ESMS Le Plantier	0			
ANNEE 2018 : ESMS Le Plantier	3	Cadre IDE ASHQ	4 750 € 0 0	Remplacement Remplacement Remplacement
ANNEE 2019 : ESMS Le Plantier	0			
ANNEE 2020 : ESMS Le Plantier	0			
ANNEE 2021 : ESMS Le Plantier	0			
TOTAL	3		38	Remplacement
Provisions déjà constituées			0	
RESTE FINANCER A			4 750 € (en attente de paiement par le CIAS).	

2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Que! regard portez-vous sur les mutualisations ?
Expertise Qualité et Hygiène avec le médecin hygiéniste et infirmière hygiéniste du Centre Hospitalier	Garantie des pratiques en hygiène au sein des EHPAD en lien avec des protocollisations communes		
Massification des achats : Adhésion aux groupements d'achat (GARA, GATA, UNIIA...) pour les Textiles, Alimentation, Produits d'entretien, Usages uniques (protections...)	Harmonisation des pratiques professionnelles en lien avec l'harmonisation des produits : Rx ; Protections. Efficience économique.	L'intégration récente de l'EHPAD du Plantier ne permet pas encore d'objectiver cette efficience économique qui repose sur des projections.	
Harmonisation des pratiques soignantes avec un encadrement supérieur commun : Cadre supérieur de santé Pharmacie du Centre Hospitalier	Expertise du cadre au service des deux EHPAD		
	Développement de la Sécurisation du circuit du médicament de l'EHPAD du Plantier. Efficience économique	L'intégration récente de l'EHPAD du Plantier ne permet pas encore d'objectiver cette efficience économique qui repose sur des projections en lien notamment avec le passage en tarif avec PUI et la baisse de consommation de médicament (livret thérapeutique contraignant les médecins traitants dans leur prescription) et qui fait l'objet actuellement d'un suivi.	
Animation : Sorties communes avec les résidents et animateurs de chaque EHPAD, Projets culturels communs (Projet adopté Culture et Santé).	Echanges et réflexions sur les pratiques bénéfiques pour les usagers et les professionnels.	Partenariat à développer en lien avec la mise en place du projet d'animation du Pôle gériatrique de l'hôpital.	

2.2.5. Innovations en santé

- Un environnement sécurisé connecté est-il mis en place (*Ex : systèmes de détection du coucher, thérapies non-médicamenteuses pour les troubles cognitifs et comportementaux*) ?

Sur l'EHPAD du Plantier : système de détection des personnes susceptibles de fuir (port de médaillon)
aux abords de l'établissement.
Sur les deux EHPAD : WIFI privé et public.

- Autres actions innovantes : Non

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à remplir pour chaque structure. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données. Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

Les EHPAD du CH de Sarlat ont répondu à la dernière campagne des tableaux de bord de la performance. Il n'en reste pas moins que des éléments ont évolué depuis la saisie de ce tableau. Seuls les éléments qui ont évolué de manière conséquente seront retracés.

a) Données de caractérisation

Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif/global/partiel*) :
- Modalités de tarification (*avec ou sans PUI*) : Avec PUI depuis le 1^{er} janvier 2017 pour l'EHPAD du Plantier.
- Autorisation spécifique (*Unité Spécifique Alzheimer / PASA / RSA*) :

Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite :

Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent/hébergement temporaire/accueil de jour*) :
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement :
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance :

2017) Ressources humaines (Commun desormais aux deux EHPAD depuis le 1^{er} janvier

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : Oui
- Organisation comprenant un pool de remplacement : Oui
- Nature du diplôme du Directeur :

Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité :

- EHPAD Résidence du Plantier : Avis favorable de la Commission de sécurité du 10 janvier 2017
 EHPAD Résidence Jean Leclaire : Avis favorable de la Commission de sécurité du 9 septembre 2016.
- Accès à un groupe électrogène ;
 - Nombre de chambres individuelles ;
 - Organisation des transports accueil de jour ; interne/externe/mixte ; NC
 - Plateau technique/équipement en propre (Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...) ; PUI, salle kiné sur les 2 structures
- Partenariats, conventions et coopérations
- Signature de la convention Plan Bleu ;
 - Partenariat avec un réseau de santé ;
 - Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale ;
 - Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) ;

b) Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes (axe n°1)

Les profils des personnes accompagnées correspondent-ils aux missions de l'ESMS ?

- Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation en % :

Quelle est la classe en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

EHPAD Résidence Jean Leclaire :

- Dernier GMP connu : 636
- Dernier GMP validé : 631,50
- Dernier PMP connu : 171 (au 14 mai 2014)
- Dernier PMP validé : 171 (au 14 mai 2014)

EHPAD PLANTIER :

- Dernier GMP connu : 757,5 (14/04/2017)
- Dernier GMP validé : 739
- Dernier PMP connu : 216,81 (14/04/2017)
- Dernier PMP validé : 171 (au 14 mai 2014)

Quel est le positionnement de l'ESMS dans le parcours de la personne accompagnée ?

EHPAD PLANTIER :

- Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination (hors accompagnement ou hébergement temporaire) : 23 départs sur 65 résidents, dont 21 décès, 1 changement d'établissement et 1 retour à domicile.
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) : 424 hospitalisations sur 23690 journées d'activité en hébergement, soit 1%.

EHPAD Jean Leclaire :

- Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination (hors accompagnement ou hébergement temporaire) en % : néant
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en % : 0,23%

Quel est le niveau d'activité de l'ESMS ?

- Taux d'occupation en % (nb journées réalisées/nb journées théoriques) : 99,57 % (EHPAD Jean Leclaire) et 99,58% (EHPAD Plantier)

Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS

- Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en % (Nombre d'admissions dans l'année/ Nombre de lits et de places financés) :

c) Ressources humaines (axe n°2)

Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de L'ESMS sur le cours de métier ?

- Taux d'IRTP vacants au 31/12 :
- Taux de prestations externes :

L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) :
Pour l'EHPAD du Plantier : 33,61%
Pour l'EHPAD Jean Leclaire : 6,22%
- Taux d'absentéisme par motif :
Pour l'EHPAD du Plantier :
Maladie ordinaire : 4,47% ; Accident du travail : 0,03%
CLM : 9,26%
Congés Maternités : 0,85%
Pour l'EHPAD Jean Leclaire : 6,22%
Maladie ordinaire : 5,64 %
Accident du travail : 0,65 %

d) Finances et budget (axe n°3)

Ces données sont à extraire du dernier compte administratif validé.

Pour l'EHPAD Résidence du Plantier :

Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?

- Taux d'atteinte des prévisions des recettes : 90%
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 95%

Quels sont les grands équilibres financiers de L'ESMS ?

- Taux de CAF : 12,8%
- Taux de vétusté des constructions : 51%
- Taux d'endettement : 2,70%
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes : BFR CH SARIAT.

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ?

- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) : Gr1=89,38% ; Gr2=9,27% ; Gr3=1,35%
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) : Gr1=13,54% ; Gr2=75,05% ; Gr3=11,41%

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) : Héb=49,66% ; Dép=13,62% ; Soins=36,72%
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) : Héb=49,97% ; Dép=15,29% ; Soins=34,75%
- Taux d'utilisation de la dotation en soins : 94%
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins : Gr 1=3% ; Gr 2=81% ; Gr 3=16%

Pour l'EHPAD « Résidence Jean Leclaire » :

- Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?
- Taux d'atteinte des prévisions des recettes : 102,65 %
 - Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 102,29 %

Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?

- Taux de CAF : 1,13 % (CII support consolidé)
- Taux de vétusté des constructions : 0 % (Pour Ehpad J. Leclaire)
- Taux d'endettement (encours de la dette) : 43,35 % (CII support consolidé)
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes : 50,22 jours (CII support consolidé)

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ?

- Répartition des recettes réalisées par titre (en %) : Titre 1 : 36,35% Titre 2 : 13,73% Titre 3 : 43,80 % Titre 4 : 6,13 %
- Répartition des dépenses réalisées par titre (en %) : Titre 1 : 53,49% Titre 2 : 3,03% Titre 3 : 34,45 % Titre 4 : 0,24 %

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) : Soins : 37,75% Dépendance : 13,04% Hébergement : 48,41%
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) : Soins : 34,31% Dépendance : 15,60% Hébergement : 50,09%
- Taux d'utilisation de la dotation en soins : 94,75%
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins : Titre 1 : 55,07% Titre 2 : 10,31% Titre 3 : 27,32 % Titre 4 : 21,01 %

e) Objectifs : quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ? (axe n°4)

Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe

- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne (EI) : Suivi du Plan d'action
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : Suivi du Plan d'action

Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ?

- Commentaires sur la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS :
Il est à noter que depuis la fin d'année 2016, un nouveau dossier informatisé médical et de soins a été mis en place sur l'EHPAD Résidence Jean Leclaire : Logiciel Dx Care.

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

EHPAD CH SARLAT	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	Développement des coopérations en lien avec la structuration de la filière gériatrique du Périgord Noir et de l'intégration au sein du Centre Hospitalier de Sarlat depuis le 1 ^{er} janvier 2017 : Charte Filière gériatrique, Convention HAD, RMOSP, CPOM commun Contribution des services : Administration (RH, Finance, Admission), Technique, Recrutement soignant...		
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Taux d'activité des EHPAD importants sur 2016. EHPAD Plantier : Taux d'activité réalisé en 2016 augmenté de 2,86 % par rapport à 2015 et permet d'atteindre un taux à 98,63%.		L'évolution du GMP et du PMP de l'EHPAD du Plantier connue et qui est stable depuis 2016 est bien supérieur au GMP et PMP qui avaient été validés (PMP de 139 validé à PMP à 220 actuellement et GMP de 739 à plus de 770 actuellement). Concernant l'EHPAD Jean Leclaire le GMP reste stable et le PMP n'a pas encore fait l'objet d'un nouveau calcul en raison de l'absence d'audit et/ou bas.
Axe n°2 : Ressources humaines	EHPAD Plantier : Légère baisse du taux d'absentéisme. Il est à noter qu'entre 2015 et 2016, les congés de maladie ordinaire ont diminué de plus de 40%, au regard surtout à la diminution des congés de maladie des soignants (moins de congés de courte durée). Baisse importante du taux d'absentéisme sur l'EHPAD Jean Leclaire (Taux passant de 17,50% à 6,25% en raison de l'arrêt de 2 congés longue maladie).		
Axe n°3 : Finances et budget	Budget toutes sections confondues en équilibre au regard des résultats 2017 et des efforts de gestion réalisés. Taux de vétusté important sur l'EHPAD Jean Leclaire en raison de la	Budget dépendance en déficits : déficits chroniques constatés sur l'EHPAD du Plantier. Sur l'EHPAD Jean Leclaire report à nouveau déficitaire important (+ 216 349 € en	

Page 14 sur 31

	reconstruction de l'EHPAD mais qui est le corollaire d'un taux d'endettement important.	Hébergement et 17 661.96 € en dépendance) Taux de vétusté important sur l'EHPAD du Plantier mais taux d'endettement peu important.	
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Un suivi du plan d'action est réalisé par l'encadrement.	Nécessité de faire participer les équipes au suivi des actions par le biais de la remobilisation du COPIL.	La programmation du projet de services commun de l'EHPAD du Plantier et de l'EHPAD Jean Leclaire permettra d'impulser cette dynamique au regard des objectifs qui ont et seront posés lors de la démarche d'évaluation.

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.1. Activité - EHPAD CH SARLAT

Activité par type d'accueil

EHPAD Plantier :

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques (capacité x365)	23 790	Néant	Néant
Journées réalisées	23 690	Néant	Néant
Taux d'occupation	99,58%	Néant	Néant

EHPAD Plantier :

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques (capacité x365)	7 320	Néant	Néant
Journées réalisées	7 289	Néant	Néant
Taux d'occupation	99,57%	Néant	Néant

Explication sur le niveau du taux d'occupation, et solutions pour optimiser ce taux :

Listes d'attente et constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :

Indiquer le nombre de personnes en liste d'attente active pour entrer dans votre EHPAD :

> 14 personnes à la date du 28 mars 2017 (Liste commune EHPAD Jean Leclaire et EHPAD du Plantier)

3.2.2. Ressources humaines - EHPAD CH SARLAT

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

EHPAD Jean Leclaire :

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ITP	Ratio encadrement	Hébergement	Dépendance	soin	Postes non pourvus (ITP)	Postes compensés par des vacances, CDD ou autres
Direction/adm/facturation	0,5		0,5				
Services généraux							
Animation	0,5		0,5				
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	5,5		3,85	1,65			0,7
Aide-soignant AMP-ASG	4			1,2	2,8		
Psychologue	0,1						

Infirmière	1,5				1,5		0,6
Auxiliaires médicaux							
Pharmacien ou préparateur	0,33				0,33		
Médecin coordonnateur	0,1				0,1		
Autre fonction (à préciser)							
TOTAL	12,53		4,05	2,05	4,73		

EHPAD Plantier :

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadre- ment	Héberg- ement	Dépend- ance	soins	Postes non pourvus (ETP)	Postes compén- sés par des vacatio- ns /CDD ou autres
Direction / administration	3,41		3,41			0	
Services généraux	5,25		5,25			0	
Animation	2		2			0	
ASIL, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	14,13		9,19	4,24		0	
Aide-soignant- ASEP-ASG	14,44			4,33	10,11	0	
Psychologue							
Infirmière	3,47				3,07		
Auxiliaires médicaux							
Pharmacien ou préparateur	0,3				0,3	0	
Médecin coordonnateur	6,96		6,96				
Contrat aidé				0,57	14,20		
TOTAL	50,36		27,51				

- Nombre de médecins traitants intervenant dans la structure :
EHPAD Jean Leclaire : 0
EHPAD Le Plantier : 12 médecins généralistes

Commentaires éventuels : Il est à noter que les effectifs de l'EHPAD du Plantier ont été modifiés depuis le 1^{er} janvier 2017 en lien avec l'intégration au sein du Centre Hospitalier de Sarlat.

Taux d'absentéisme par catégorie et par motif (cf. bilan social n-1) EHPAD Jean Leclaire

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (moins de 15 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt médical)
A.S.	3,50%	0,95%	2
A.S.H.	13,78%	9,77%	1

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD xxx

Analyse budgétaire et financière, par RSMS, des trois derniers comptes administratifs.

EHPAD Jean Leclaire

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

* Les recettes sur la période :

EHPAD J. Leclaire	N-1				N-2				N-3			
	Héberg. en nuit	Dépens- d'actes	Soins	Total	Héberg. en nuit	Dépens- d'actes	Soins	Total	Héberg. en nuit	Dépens- d'actes	Soins	Total
Total	403 933	113 512	214 967	634 412	353 266	120 656	315 091	789 013	341 935	107 310	270 134	719 379
Groupes de recettes												
Titre 1			303 292	303 292			307 039	307 039			270 115	270 115
Titre 2		114 525		114 525		120 656		120 656		107 240		107 240
Titre 3	465 454			465 454	352 781			352 781	340 740			340 740
Titre 4	30 429	987	11 675	53 141	455	590	7 252	8 297	1 395		20	1 405

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier...

- o Les recettes d'exploitation :
- o Titre 1 :
- o Titre 2 :
- o Titre 3 :
- o Titre 4 :

* Les dépenses sur la période :

EHPAD J. Leclaire	N-1				N-2				N-3			
	Héberg. en nuit	Dépens- d'actes	Soins	Total	Héberg. en nuit	Dépens- d'actes	Soins	Total	Héberg. en nuit	Dépens- d'actes	Soins	Total
Total	416 993	129 057	205 659	751 709	367 053	124 240	290 659	781 952	355 143	109 017	260 406	724 566
Groupes de dépenses												
Titre 1	164 734	113 977	166 022	444 733	154 702	105 775	160 109	420 586	151 930	95 027	142 513	389 470
Titre 2	714		31 090	31 804		24 300	25 452	25 752			26 035	26 035
Titre 3	180 213	15 000	02 373	197 586	175 612	10 473	04 740	190 825	101 100	14 750	65 600	261 450
Titre 4	37 459		63 564	101 023	37 459	31 341	60 490	129 290			31 370	61 639

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier...

- o Les charges d'exploitation :
 - o Titre 1 : un écart Alloué/réalisé consécutif à une reconduction très limitative des moyens depuis plusieurs années sur la section hébergement.
 - o Titre 2 :
 - o Titre 3 :
 - o Titre 4 : sous dotation constatée Section Hébergement depuis plusieurs années qui induisent des déficits cumulés sur la section Hébergement.
- Cette situation est d'autant plus préoccupante que la réalisation de la reconstruction du nouvel Ehpad « Résidence Jean Leclaire » livré le 1 octobre 2016 sans dotation d'exploitation appropriée allouée au budget 2017. En effet, la surface dédiée est augmentée de plus de 1 000 m² et induit des charges proportionnelles de consommation d'énergie (eau, électricité,

chauffage...) et de prestations d'entretien techniques ou de nettoyage. Ces charges, toutes assumées par l'hôpital, sont refacturées à l'euro/l'euro aux budgets afférents.

• **Résultats à affecter :**

BILAN 2018-2022			
Recettes	834 412	780 954	719 379
Dépenses	832 509	790 759	723 366
Ner	1 903	-1 805	-13 987
Retraitements comptables (variations congés payés, reprises...)			
Résultat à affecter			
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES			
N-1	Mesures d'investissement : 29 308 - Report à nouveau déficitaire : 27 405		
N-2	Mesures d'investissement : 16 432 - Report à nouveau déficitaire : 17 953 - Reprise sur réserve de compensation : 2 521		
N-3	Affectation sur réserve de compensation : 1 720 - Report à nouveau déficitaire : 13 208 - Reprise sur réserve de compensation : 2 507		

EHPAD du Plantier

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

• **Les recettes sur la période :**

RSM S N-1	N-1				N-2				N-3			
	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	Hébergement	Dépendance	Soins	Total
Total	1 373 814	376 819	1 018 679	2 769 312	1 294 900	369 907	702 738	2 367 545	1 287 858	336 030	549 835	2 173 723
Gr 1	1 354 989	347 270	941 029	2 643 288	1 350 169	327 023	685 926	2 363 118	1 336 057	321 965	524 117	1 982 139
Gr 2	152 060	29 059	73 509	254 628	191 374	39 433	92 095	322 902	143 780	14 064	25 708	183 552
Gr 3	25 964	400	1 140	27 504	53 457	5 519	2 706	61 682	7 540	0 000	0 000	7 540

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier... :

- o Les recettes d'exploitation :
- o Groupe 1 :
- o Groupe 2 :
- o Groupe 3 :

• **Les dépenses sur la période :**

RSM S N-1	N-1				N-2				N-3			
	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	Hébergement	Dépendance	Soins	Total
Total	1 281 852	282 112	801 321	2 365 285	1 459 269	411 182	831 192	2 701 643	1 252 550	356 060	649 125	2 257 735
Gr 1	1 270 119	280 020	79 049	2 329 188	1 347 448	404 482	811 607	2 563 537	1 247 547	340 545	624 180	2 212 272
Gr 2	867 616	389 686	273 151	1 530 453	880 608	230 604	220 014	1 331 226	801 674	205 360	397 202	1 404 236
Gr 3	134 116	12 406	149 121	295 643	231 213	20 095	51 571	302 879	30 325	10 195	12 723	53 243

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier... :

- o Les charges d'exploitation :

- o Groupe 1 :
- o Groupe 2 :
- o Groupe 3 :

• **Résultats à affecter :**

ESMS Le Plantier	N-1	N-2	N-3
Recettes	2 766 313	2 547 626	2 173 214
Dépenses	2 565 206	2 701 614	2 257 736
Net	201 027	-153 988	-104 522
Retraitements comptables (variations comptes payés, reprisés...)	-110 449	Non-reporté suite à transfert de gestion CCAS	Non-reporté suite à transfert de gestion CCAS
Résultat à affecter	90 577,46	-153 988	-104 522
APPRECIATION DES RESULTATS VALIDES			
N-1	90 577,46 (91 962,75 en H88 affecté pour 61 962,75 en investissement et 30 000 € en réserve de compensation ; D88 : - 26 444,25 € affecté en report à nouveau déficitaire ; Soln : 25 058,96 affecté en réserve de compensation).		
N-2	-153 988		
N-3	-104 522		

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2 ; Bilan Financier du Centre Hospitalier de Sarlat.

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui

Durée : 2 ans

Période du 01/01/2015 Au 31/12/2016

Objectif du PPI : Le projet consiste à la reconstruction des 20 places et des 40 lits d'USLD sur un terrain libre dans l'enceinte du centre hospitalier.

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au 31/12/2016 CA :

EHPADJ Leclair	
Réserve - Excédent affecté à l'investissement	297 928 €
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	15 925 €
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	
Provisions pour risques et charges	39 000 €
Provisions pour renouvellement des immobilisations	1 210 653 €
Fonds d'indemnité sur subvention de fonctionnement	
Subvention d'investissement du Département	960 000 €

EHPAD Le Plantier	
Réserve - Excédent affecté à l'investissement	192 000 €
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	29 100,63 €
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	

Provisions pour risques et charges	
Provisions pour renouvellement des immobilisations	127 394 €
Fonds (fonds) sur subvention de fonctionnement	
Subvention d'investissement du Département	

3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD xxx

Cette partie est à renseigner en lien avec les évaluations internes et/ou externes.

EHPAD Jean Leclaire et Le Plantier	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'améliorati on	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
LES OUTILS DE LA LOI 2002-2				
Livret d'accueil	non		A réaliser en lien avec les nouveaux locaux pour l'EHPAD Jean Leclaire et à actualiser pour l'EHPAD du Plantier.	
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui			
Contrat de séjour	Oui	Mis à jour		
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	Oui			
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	Oui		Programmatio on des élections en juin 2017	
Règlement de fonctionnement	Oui	Mis à jour		
Projet d'établissement	non		Programmatio on à partir de juin 2017 pour validation en instances en janvier 2018.	Projet commun aux 2 EHPAD pour la constitution d'un pôle gériatrique au Centre Hospitalier de Sarlat.
PLAN D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement	Oui	Charte Références formations pour l'EHPAD Jean Leclaire et charte de bientraitance affiché et réalisé par le personnel de l'EHPAD du Plantier.		
Projet d'accompagnement personnalisé	Oui		Poursuite des projets personnalisés (+ de 60 % des projets réalisés sur le Plantier).	

Page 21 sur 31

Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	Oui			
Evénements indésirables : mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des événements indésirables (chutes, erreurs médicamenteuses...) et de signalement de cas de maltraitance	Oui	Mise en place de GREX	A développer avec l'EHAD du Plantier,	
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	Oui	Mise à jour		
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (BPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	oui			
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	oui			
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	oui	Dans le projet personnalisé de soins		
VOLET MEDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement	oui			
Date d'actualisation	oui			
Livret thérapeutique en place	oui			
Projet individuel de prise en charge pluriprofessionnel ou Plan Personnalisé de Soins	oui			
Protocole risque de chute	oui			
Prévention et prise en charge des escarres	oui	Références et groupe de travail « escarres »		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	oui		Pas de convention mais au choix du résident	
Prise en charge de la douleur	oui	IDE référence douleur sur Jean Leclaire en mission transversale et références pharmacologiques douleur		
Accompagnement de la fin de vie	oui	IMASP/ IAD		
Prise en charge de la dénutrition	oui			
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	non			

Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : Oui

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation :

Si non, une convention avec la (ou les) officine(s) dispensant les médicaments a été établie : Non

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; - La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments ; - L'administration des médicaments dont l'identitovigilance ; - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ; - L'information du circuit du médicament ; - La gestion des erreurs médicamenteuses (RIFEX).	A partir du 3ème Trimestre 2017 : analyse pharmacologique par le pharmacien de la PHU. Dispensation nominative par la pharmacie du CH pour tous les EHPAD (actuellement c'est le cas sur l'EHPAD Jean Leclaire) Préparation par pharmacie puis par IDE au lit du résident Politique identitovigilance du CH + protocoles/ procédures Protocoles circuit et stockage du médicament Contrôles par le pharmacien et/ ou les préparateurs référents En cours CIREX mis en place

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD CH SARLAT

Nom EHPAD : Résidence Jean Leclaire				
Date d'effet de la convention : 18/12/2014				
Date de fin de la convention : 18/12/2019				
Intitulé fiche action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Action 1.1	Rédiger et actualiser les outils de la loi 2002	Temps de réunion et de participation pour la mise à jour du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement (2016)	EC	Le projet d'établissement n'a pas été révisé, le comité de pilotage ne réunit au mois de juin ainsi que les groupes de travail sur le projet d'animation. Le livret d'accueil est

Page 23 sur 31

				actuellement en cours. Il doit être présenté au prochain Conseil de la Vie Associée.
Action 1.2	Consolider la participation des résidents de l'établissement et/ou de leurs proches.	Réunions CVS, Réalisations de réunions pour les familles	R	Dernières réunions : 06/03/2017, 28/11/2016 ; 08/04/2016. Réunion des familles en août 2016 pour présentation contrat de séjour et déménagement. Les CR du CVS relatent systématiquement les réponses qui sont apportées. Le taux de réponse est de 100 %.
Action 1.3	Développer les outils d'information	Tenue de commissions d'animation, commission des menus intégrée dans le CLAN.	RC	Doit être développé annuellement les questionnaires de satisfaction en lien avec les élèves AS de l'EFAS
Action 1.4	Favoriser la liberté d'aller et de venir des résidents	Plus de contention en EHPAD en lien avec l'impulsion donnée par le médecin coordonnateur et qui se poursuit dans le cadre des nouveaux locaux qui permettent d'associer sécurité et liberté.	R	
Action 2.1	Déployer une culture de bientraitance	Intégration systématique des formations bientraitance, formation au droit des patients, formation aux mesures de protection juridique au sein du Plan de formation. Synthèses des recommandations de l'ANESM au sein des services	R	
Action 2.2	Augmenter le nombre de fiches de déclaration d'événements indésirables	Procédure de signalement en place et politique de déclaration	R	Nombre de fiches de déclarations.
Action 3.1	Favoriser le lien social et développer la place de l'animation dans le projet de vie des résidents	Recrutement d'un nouvel animateur qui axe l'animation sur l'extérieur : Soirées en soirée aux théâtres et au cinéma, échanges intergénérationnelles, ouverture sur la cité avec l'intervention d'artistes. Candidature retenue dans le cadre de l'appel à projet Culture et Santé. Formation du 3 agents en ASG pour disposer de plus d'outils pour assurer l'animation de personnes souffrant de	R	Développement d'un projet d'animation commun avec l'EHPAD du Plantier en lien avec le projet d'établissement.

Page 24 sur 31

		troubles du comportement.		
Action 3.2	Encadrer la place des bénévoles	Bénévolat réalisé par l'animateur	RC	Nécessiter de former les bénévoles.
Action 4.1	Mettre en œuvre l'évaluation interne	Temps de personnel	R	Rapport transmis (Août 2013)
Action 4.2	Mettre en œuvre l'évaluation externe	Temps de personnel	R	Rapport transmis (Janvier 2015)
Action 5.1	Etablir la sincérité des comptes		R	Comptes sincères – Passage en 2015 de la chambre régionale des comptes qui n'a pas soulevé d'observations particulières concernant l'EHPAD.
Action 5.2	Respecter la répartition des dépenses et des recettes par secteur tarifaire	RJA, suivi mensuel des dépenses et recettes par le service des finances	H	Répartition des dépenses par section respecté.
Action 6.1	Renforcer l'équipe médicale afin de disposer d'une compétence de médecin coordonnateur	Médecin coordonnateur recruté à 0.3 ETP sur l'EHPAD.	R	Commission de coordination gériatrique non mise en place mais qui ne se justifie pas étant donné l'absence d'intervenants libéraux au sein de la structure : Constat de carence.
Action 6.2	Ajuster l'effectif selon une répartition adaptée des AS et ASH	Adéquation opérée (4 ^{ème} trimestre 2016)	R	
Action 7.1	Identification d'un référent nutrition alimentation, activité physique et prévention bucco-dentaire au sein de l'EHPAD		NR	Mise en place du dossier informatisé qui a favorisé la perte d'informations.
Action 7.2	Proposer une activité physique adaptée à la prévention de la dépendance de la personne âgée		NR	Mise en place avec notamment le parcours santé au mois de mai 2017
Action 7.3	Améliorer la prise en charge des soins bucco-dentaires des résidents		NK	
Action 8.1	Utiliser l'outil antichute » et mettre en place le suivi individuel des chutes	Soignants formés sur la prévention des chutes.	A	Le recueil des chutes est réalisé sur Dx Care et l'analyse se fait au SAE PRC CARE.
Action 8.2	Intégrer dans le projet de vie individuel l'évaluation des facteurs de risques		R	Intégration des risques dans le recueil d'entrée.
Action 9.1	Mettre en place une démarche d'accompagnement de fin de vie	Convention avec l'HAD et intervention de l'EMOSP mise en place depuis le 15 janvier 2017 au sein du Centre hospitalier. Par ailleurs, la fin de vie est une formation systématiquement proposée annuellement.	R	

		Les directives anticipées figurent dans le projet de vie individuel.		
Action 9.2	Faire participer la famille et la soutenir	RMDSP peut soutenir la famille. Pédagogie d'une psychologue.	R	
Action 10.1	Tracer l'administration des médicaments en temps réel	Informatisation du dossier patient dont le circuit du médicament avec Dx Care.	R	
Action 10.2	Développer la déclaration et l'analyse des événements indésirables	Politique de déclaration en cours sur l'établissement, mise en place du GRIEC. Aucun incident n'a encore eu lieu sur l'EHPAD.	R	
Action 11.1	S'inscrire dans le réseau gérontologique du territoire	Le Centre Hospitalier de Sarlat est l'établissement support de la filière gériatrique du Périgord Noir qui s'est constituée en 2016. Participation aux groupes de travail pour la mise en place des actions issues de la filière (Annuaire partagée, analyse de l'entrée aux urgences de résidents d'EHPAD, travaux sur des consultations de déprescription en EHPAD...).	R	
Action 11.2	Participer aux actions initiées sur le territoire	Outils utilisés par les admissions et donc utilisés lors des commissions d'admission	R	
Action 12.1	Utiliser l'outil « Via Trajectoire »		R	

Nom EHPAD : Résidence du Plantier				
Date d'effet de la convention : 11/01/2016				
Date de fin de la convention : 11/01/2021				
Intitulé l'action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Action 1.1	Consolider la participation des résidents et leurs proches à la vie de l'établissement	Mise en place du CVS en 2015 et réunions régulières avec notamment des réunions avec l'ensemble des familles. Réponses apportées systématiquement au CVS. Les nouvelles élections du CVS ont eu lieu en avril 2017.	R	
Action 1.2	Formaliser/actualiser les outils de la loi 2002	Actualisation du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement en 2016 et en 2017 pour tenir compte de l'intégration au sein du GII de Sarlat.	EC	Le projet d'établissement doit être réfléchi en lien avec l'EHPAD Jean Leclair. Début du comité de pilotage et des groupes de travail en juin pour une validation en janvier 2017 par les instances.

Page 26 sur 31

Action 1.3	Développer les outils d'informations avec les résidents	Mise en place de la commission d'animation, de la commission des menus et mise en place d'un journal annuel de l'EHPAD. (Août 2016)	R	
Action 2.1	Consolider la gestion des risques	Fiche de déclaration d'événements indésirables mise en place notamment en lien avec l'intégration du CH de Sarlat. Développement des GREX en lien également avec cette intégration.	BC	
Action 3.1	Formaliser les circuits de décisions, les rôles et les missions du personnel	Organigramme mis en place et Fiches de postes réalisées	R	
Action 3.2	Mettre en œuvre les évaluations internes et externes	Rapports transmis	R	
Action 3.3	Développer une culture qualité et sécurité		BC	En lien avec l'intégration au sein du CH de Sarlat.
Action 3.4	Créer une procédure de pré-admission et commission d'admission ad hoc	Procédure réalisée et commission d'admission par quinzaine avec réponse aux demandes.	R	Depuis le 1 ^{er} janvier 2017, commission d'admission commune pour les deux EHPAD
Action 4.1	Développer la place de l'animation	Réorganisation en début d'année 2016 de l'animation : Recentrage des activités de l'animateur sur l'animation. Réalisation de fiches Activités. Mise en place de la commission d'animation en 2016.	R	
Action 4.2	Mettre en œuvre le projet d'animation		NR	Travaux programmés
Action 5.1	Développer une culture de la bientraitance	Construction d'une charte de bientraitance affichée au sein de la structure. Synthèse des recommandations ANESM au sein du service de soin.	BC	Action reste à développer en lien avec l'intégration du CH de Sarlat : mise en place de référents bientraitance, formation du personnel, développement du temps d'analyse des pratiques.
Action 5.2	Favoriser le signalement de la maltraitance	Fiches d'événement disponibles pour les résidents et familles. Réponse systématique de l'encadrement et de la direction aux signalements effectués.	R	
Action 5.3	Etablir le projet de vie personnalisé	Initiation de la démarche depuis fin 2015. + de 60% des projets réalisés avec proposition des objectifs définis par l'équipe soignante et médicale au résident et à sa famille et intégration des objectifs par	BC	Le nombre de départs et d'entrée de nouveaux résidents impactent sur le temps pour réaliser tous les projets personnalisés.

Page 27 sur 31

		avenant au contrat de séjour.		
Action 6.1	Evaluer la mise en œuvre du projet de soins	Professionnels libéraux utilisent le dossier de soin informatisé (PSI)		
Action 6.2	Transmettre le rapport médical annuel à l'ARS selon le modèle et les modalités définies au niveau régional		EC	Doit être réalisé systématiquement.
Action 7.1	Diminuer les coûts de fonctionnement	Avant l'intégration au sein du CH de Sarlat, des recherches d'économies et renégociation des contrats en cours ainsi qu'une mise en concurrence systématique ont été réalisées. Mise en place de tableau de bord de suivi, notamment sur le suivi des charges du personnel ont été mis en place. En 2016, les budgets Hébergement et Soins sont excédentaires ; ce qui n'est pas le cas du budget dépendance qui est sous-doté. PPI validé par le CD.	R	
Action 7.2	Maintenir le niveau de suivi déjà exercé		R	
Action 7.3	Prévenir les risques d'inconfort architectural	Mise en place de la climatisation au niveau des deux salles de restaurant de l'EHPAD en mai 2016.	EC	D'autres investissements seraient nécessaires et ont été intégrés au sein du PPI de la structure mais devront être revus à l'issue de l'intégration du CH de Sarlat et des moyens pouvant ou non en découler.
Action 8.1	Organiser l'encadrement de l'établissement	Recrutement d'un directeur d'établissement sanitaire social et médico-social mis à disposition par le CH de Sarlat depuis le 1 ^{er} octobre 2015 à 80%.	R	
Action 8.2	Elaborer une politique de recrutement	Positionnement d'une infirmière faisant fonction cadre de santé à temps plein.		
Action 8.3	Elaborer une politique de recrutement	Recrutement de personnel en lien avec le niveau de compétence exigé.		
Action 8.3	Etablir un plan de formation adapté à la structure en prenant en compte les différents champs des bonnes pratiques décrites par l'ANISIM		A	N'a pu être possible dans le cadre du statut de l'EHPAD au regard des difficultés à obtenir des formations adaptées de la fonction publique territoriale. Cet objectif n'est rempli depuis l'intégration au sein

Page 28 sur 31

				du CH de Sarlat où les professionnels bénéficient déjà de formation en interne : Droit des patients, hygiène...
Action 9.1	Maintenir le niveau de suivi du tableau des effectifs	Poursuite du suivi mensuel de l'absentéisme, présentation aux instances du bilan social, évaluation des agents par le cadre et la direction formé aux entretiens d'évaluation et de formation (Entretiens annuels réalisés en lien avec la fixation d'objectifs).		
Action 9.2	Mettre en place une GPEC		NR	
Action 10.1	Révision et analyse des contrats en cours	Renégociation des contrats en cours.	R	
Action 10.2	Adhérer à des groupements d'achat	Intégration au sein du CH de Sarlat (intégration de facto du GARA, GATA, UNHA...).	R	Il sera pertinent de juger l'efficacité économique en découlant après une année d'exercice.
Action 11.1	Diminuer le fédérat nocturne en développant l'harmonisation entre équipe de soins et restauration		NR	Ce projet d'organisation doit s'intégrer dans la dynamique du projet d'établissement qui n'a pu être mis en place.
Action 11.2	Rédiger une politique nutritionnelle	Avec l'intégration au sein du CH de Sarlat et l'encadrement supérieur soignant.	EC	
Action 11.3	Installer la commission des menus	Mise en place de pré-commission menus et commission des menus trimestriellement dont le CR est affiché.	R	
Action 11.4	Rédiger une procédure de dépistage de la dénutrition		EC	Mise à jour en lien avec le CH de Sarlat.
Action 12.1	Intégrer la chute comme un événement indésirable		EC	
Action 12.2	Faire une analyse des causes de la chute		EC	L'analyse mérite d'être plus formalisée.
Action 12.3	Mettre en place des actions correctives concernant le risque de chute		EC	
Action 12.4	Former les professionnels au risque de chute		NR	Le plan de formation de du CH permettra d'intégrer les agents à ce type de formation.
Action 12.5	Intégrer des séances de gymnastique douce au projet d'animation	Séances programmées régulièrement.	EC	Ce programme sera intégré au sein du futur projet d'animation.

Action 13.1	Poursuivre l'utilisation systématique de l'échelle de Norton	Protocole réalisé	R	
Action 13.2	Maintenir le niveau de connaissance des professionnels (prévention et prise en charge des escarres)	Protocole réalisé	EC	Intégration des agents dans le plan de formation du Centre Hospitalier de Sarlat.
Action 14.1	Favoriser l'hygiène bucco-dentaire des résidents		NR	Le temps soignant est une contrainte.
Action 14.2	Systématiser l'observation bucco-dentaire par le médecin coordonnateur de l'EHPAD		NR	
Action 15.1	Systématiser l'évaluation de la douleur		EC	
Action 15.2	Intégrer le CLUD du CHI de Sarlat		R	
Action 16.1	Poursuivre la personnalisation de l'accompagnement		R	
Action 17.1	Cartographier le circuit du médicament et analyser les risques		R	
Action 17.2	Compléter les résultats de l'évaluation externe par l'outil « Interdiag »		NR	
Action 17.3	Établir une liste préférentielle des médicaments efficiente sur la base de la méthodologie diffusée par l'ARS		A	Intégration de la PUI et donc du livret thérapeutique que suivent désormais les médecins traitants depuis le 1 ^{er} janvier 2017.
Action 18.1	Élaborer une procédure de prise en charge des fins de vie au sein de l'établissement	A réviser en lien avec l'intégration du CHI de Sarlat	EC	
Action 18.2	Poursuivre la formation des personnels à la fin de vie	Plan de formation CHI Sarlat	EC	
Action 19.1	Mettre en place la commission de coordination gériatrique		NR	
Action 20.1	Développer des partenariats en vue de la création d'une filière gériatrique du Sarladais	Le Centre hospitalier de Sarlat est l'établissement support de la filière gériatrique du Périgord Noir qui s'est constituée en 2016. Participation aux groupes de travail pour la mise en place des actions issues de la filière (Annuaire partagé, analyse de l'entrée aux urgences de résidents d'EHPAD, travaux sur des consultations de déprescription en EHPAD...).	R	
Action 20.2	Contribuer à la politique de maintien à domicile des personnes âgées du territoire		EC	Projet parcours santé financé par la Conférence des Financeurs pour la

				prévention des chutes et le maintien de l'autonomie des personnes âgées du territoire.
Action 21.1	Utiliser Via Trajectoire et maintenir le niveau de formation à l'outil		R	
Action 21.2	Inscrire l'établissement dans le Réseau territorial	Unité gériatrique	R	

4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

- Faire une première projection sur les éventuels diminutions, augmentations de capacité, redéploiements annoncés et de quelle façon seront-ils financés ? Pas d'évolution sur les capacités existantes. Il n'en reste pas moins qu'une réflexion peut être menée sur la pertinence d'une mixité GIPAD-USLD de la résidence Jean Leclaire du CHI de Sarlat.
- Des alternatives à l'hébergement permanent sont-elles envisageables dans le cadre de ce CPOM (ex. redéploiement en fonction des taux d'activité et des projets de service, couverture des zones dites blanches par des accueils de jour itinérant) ? Des réflexions sont en cours sur le territoire du périgord Noir en lien avec la filière gériatrique de territoire. Les besoins et actions doivent être identifiés de manière commune pour être le plus pertinent possible.
- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ? Pas pour l'instant mais une réflexion sera menée dans le cadre des groupes de travail des actions de la filière gériatrique.

Page 31 sur 31

ANNEXE 2 : Fiches actions

FICHE ACTION n°1

Orientation stratégique n° 1 : Maîtrise des risques

Objectif Transversal /spécifique n°1 : Optimiser la prescription médicamenteuse du sujet âgé

Constats : Les EHPAD du Centre hospitalier de Sarlat bénéficient de personnes ressources (Géronte et pharmacien) permettant de poursuivre l'optimisation de la prescription médicamenteuse en lien avec les médecins traitants. Du fait de son intégration récente, l'EHPAD du Plantier ne bénéficie pas de la mise en place de la dispensation nominative qui permettrait d'accroître la sécurisation du circuit du médicament.

Plan d'actions assorti des échéances

- Pilotes : Cadre supérieur de santé, Médecins gériatres
- Partenaires : Médecin coordonnateur, Pharmacien, médecins traitants

- Mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse entre les médecins gériatres du CH de Sarlat et les médecins traitants intervenant en EHPAD (Conseil, formation, information) – Décembre 2017

- Développer la sécurisation du circuit du médicament par la mise en place de la dispensation nominative : Achat chariot de distribution des piluliers - Préparation des piluliers par la pharmacie (EHPAD PLANTIER) – Décembre 2017

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains :

- Médecins gériatres du CH de Sarlat pour la conciliation médicamenteuse.
- Préparateur en pharmacie : Pour la mise en place de la dispensation nominative à l'EHPAD du Plantier.

- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires : Pharmacien, préparateurs

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et **sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.**

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de rencontres d'information entre médecins gériatres et médecins traitants
- Nombre de dossier révisés

Perspectives d'améliorations

- Sécurisation du circuit du médicament
- Prescription médicamenteuse adaptée au sujet âgé

FICHE ACTION n°2

Orientation stratégique n° 1 : Maîtrise des risques

Objectif Transversal /spécifique n°2 : Améliorer la prévention bucco-dentaire des résidents

Constats : Pas d'actions structurées et évaluées méthodologiquement sur le pilotage et le suivi de la prestation bucco-dentaire.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : Cadre de santé EHPAD Jean Leclaire et Plantier
- Partenaires : Centre de formation
- Sensibiliser le personnel sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée et développer leur temps d'intervention (Information/Formation Cadre pendant Temps de transmissions et ou de synthèse - 2019
- Réflexions sur le développement des consultations dentaires en lien avec les projets de la filière gériatrique- Participation au groupe de travail « Prévention » de la Filière - 2019

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains :
 - Temps de réunion
 - Temps d'Aides-soignants
- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires : Temps d'Aides-soignants

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et **sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.**

Temps d'Aides-soignants (0.5 ETP sur l'EHPAD Jean Leclaire et 2 ETP d'AS sur l'EHPAD du Plantier)

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de fiches d'évaluation bucco-dentaires
- Nombres de soignants formés au dépistage des soins buccodentaires
- Nombre de participations aux groupes de travail de la filière.
- Le cas échéant, Nombre de patients ayant eu une consultation dentaire

Perspectives d'améliorations

- Hygiène buccodentaire améliorée des résidents
- Diminution de la dénutrition

FICHE ACTION n°3

Orientation stratégique n° 1 : Maîtrise des risques

Objectif Transversal /spécifique n°3 : Développer une politique de prévention des chutes et repérage des fragilités

Constats : A ce jour, un recueil des chutes est assuré mais n'est pas consolidé au sein d'une politique structurée et étayée par un plan d'action évalué.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : Médecin coordonnateur, Cadre Supérieur de Santé, Cadre de santé EHPAD Jean Leclaire et Plantier
- Partenaires : Référents Chutes
- Dynamiser le comité de suivi des chutes (réunion + Compte-rendu et Actions en découlant))
- Evaluation systématique du repérage des fragilités (ex : Repérer et prendre en charge les patients chuteurs et à risques de dépendance) en lien avec l'intervention de psychomotricien/ ergothérapeute ainsi que participer aux actions de la filière gériatrique et de l'EHPAD Centre Ressource sur la thématique du repérage des fragilités
- Systématiser l'analyse du risque médicamenteux dans les signalements des événements indésirables
- Echéance : Décembre 2018

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains :
 - Temps de réunion
 - Temps d'infirmiers
- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et **sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.**

Temps d'ergothérapeutes/psychomotricien (0.5 ETP sur l'EHPAD Jean Leclaire et 0.5 ETP sur EHPAD du Plantier), Temps d'infirmier (0.5 ETP : 0.4 ETP EHPAD Plantier, 0.1 ETP EHPAD Jean leclaire)

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de déclarations de chutes
- Nombre d'analyses de chutes
- Nombre de diagnostic de fragilités

Perspectives d'améliorations

- Diminution du nombre de chutes

FICHE ACTION n°4

Orientation stratégique n° 1 : Maîtrise des risques

Objectif Transversal /spécifique n°4 : Développer la démarche de projet d'accompagnement personnalisé et la notion de référent

Constats : Les EHPAD sont dans une démarche de réalisation des PAP. Les PAP de l'EHPAD Jean Leclaire sont réalisés à 100 % alors qu'au sein de l'EHPAD du Plantier ils sont réalisés à hauteur de 60%. Si les PAP sont abordés avec le personnel, sa réalisation n'est pas assez participative.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : Médecin coordonnateur, Cadre de santé EHPAD Jean Leclaire et Plantier, Infirmière référente
- Finaliser les PAP (EHPAD du Plantier)
- Développer l'implication des professionnels dans le PAP et dans les rôles et missions du « référent » : Développer les échanges lors des transmissions en lien avec le psychologue (poste non budgété actuellement) chargé du pilotage du PAP (EHPAD PLANTIER)
- Echéance : Juin 2018

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains :
 - Temps de synthèse
 - Temps d'AS
- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et **sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.**

Temps d'AS pour permettre des temps de réflexion sur les PAP: 0.4 ETP AS EHPAD PLANTIER, 0.1 ETP AS (EHPAD JEAN LECLAIRE)

0.5 ETP Psychologue (EHPAD Plantier)

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de réunions de synthèses par an
- Nombre d'avenant des objectifs de prise en charge au sein du contrat de séjour
- Taux de PAP réalisés

Perspectives d'améliorations

- Prise en soin plus adaptée de la personne accompagnée

FICHE ACTION n°5

Orientation stratégique n° 2 : Qualité du service rendu à l'utilisateur

Objectif Transversal /spécifique n°5 : Développer les valeurs et le sens donné aux actions du Pôle gériatrique du Centre Hospitalier de Sarlat (EHPAD Jean Leclaire et EHPAD du Plantier)

Constats : Les EHPAD ne disposent pas de projet de service mettant en évidence les valeurs et le sens donné à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en leur sein. L'intégration de l'EHPAD du Plantier depuis le 1er janvier 2017 rend nécessaire la mise en place d'un projet commun aux deux EHPAD et l'harmonisation des valeurs et pratiques découlant des droits des usagers.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : Directeur Filière gériatrique
- Partenaires associés : cadre de santé EHPAD Jean Leclaire et Plantier, animateurs, COPIL/ Groupe de travail paramédical
- Construction du projet de service du Pôle gériatrique: (intégrant le projet d'animation, projet de vie et projet de soin) (COPIL du 24 mai 2017 ; Groupe de travail de juin 2017 jusqu'au mois de décembre 2017 ; Validation aux instances : février 2018)
- Réalisation du livret d'accueil des EHPAD
- Intégrer une nouvelle Annexe au contrat de séjour pour les mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et de venir
- Echéance : Juin 2018

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains :
 - Temps de réunions
- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et **sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.**

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Date de validation du projet de service aux instances
- Suivi des objectifs dans le cadre du suivi du Plan d'action

Perspectives d'améliorations

- Harmonisation d'une culture gériatrique au sein des EHPAD du CH de Sarlat

FICHE ACTION n°6

Orientation stratégique n° 2 : Qualité du service rendu à l'utilisateur

Objectif Transversal /spécifique n°6 : Développer une culture qualité et sécurité commune aux deux EHPAD

Constats : L'intégration de l'EHPAD du Plantier depuis le 1er janvier 2017 au sein du Centre Hospitalier de Sarlat nécessite, afin d'être pertinent, le développement d'une culture de qualité et de sécurité commune.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : Cadre de santé EHPAD Plantier et Jean Leclaire ; Responsable Qualité
- Poursuivre la démarche qualité mise en œuvre dans le cadre de l'évaluation interne et externe
- Harmoniser les pratiques professionnelles sur les deux structures- services : protocolisation, formation commune
- Développer du temps soignant dans le cadre de la prise en soin des résidents au moment des toilettes.
- Echéance : Octobre 2019

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains :
 - Temps de réunions
- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires :

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.

0,5 ETP AS EHPAD Jean Leclaire ; 2 ETP AS EHPAD PLANTIER

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Suivi des actions réalisées dans le cadre du PACQ
- Nombre d'EI déclarés et de CREX
- Questionnaires de satisfaction des résidents

Perspectives d'améliorations

- Harmonisation d'une culture gériatrique au sein des EHPAD du CH de Sarlat

FICHE ACTION n°7

Orientation stratégique n° 3 : Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

Objectif Transversal /spécifique n°7 : Développer le recours à l'HAD et à l'EMASP

Constats : Acculturation insuffisante du travail en réseau avec le secteur sanitaire via les organisations d'hospitalisation et de prises en charge non conventionnelles

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilotes : Cadre de santé EHPAD Plantier et Jean Leclaire ; Cadre supérieur de santé
- Partenaires associés : EMASP, IDE Douleur, HAD
- Former, informer les équipes sur les rôles et missions des équipes mobiles et de l'HAD ou ressources à mobiliser en interne ou en externe
- Formaliser les fiches de saisine de ces ressources
- Echéance : Septembre 2018

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains :
 - Temps de réunions
- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires : Médecins HAD et EMASP

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et **sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.**

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre d'interventions au sein de l'EHPAD/ Nombre de résidents ayant bénéficié de l'HAD et de l'EMASP
- Nombre de fiches de saisine remplies
- Protocole d'intervention mis en place

Perspectives d'améliorations

- Augmentation de l'activité EMASP et HAD

FICHE ACTION n°8

Orientation stratégique n° 3 : Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

Objectif Transversal /spécifique n°8 : Poursuivre l'implication du Centre Hospitalier de Sarlat dans le cadre de la filière gériatrique et gérontologique du Périgord Noir

Constats : Le Centre Hospitalier de Sarlat est à l'initiative de la constitution de la filière gériatrique et gérontologique de territoire. Il est l'établissement référent et anime via la direction de la filière gériatrique le Comité de Pilotage créé suite à la mise en place de la Charte de la Filière gériatrique du Périgord Noir.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilote : Directeur Filière gériatrique
- Animation du COPIL de la Filière en lien avec le PMP
- Répondre aux appels à projets facilitant la fluidification du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire (MAIA Périgord Noir)
- Réflexion sur une coopération entre établissement pour la mise en place d'une mutualisation d'infirmière de nuit en EHPAD
- Echéance : 2017-2020

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains :
 - Temps de coordination du Directeur
- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires : Directeur Filière gériatrique

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et **sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.**

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Compte-rendu COPIL
- Dépôt Appel à Projet

Perspectives d'améliorations

- Fluidification du parcours du patient âgé

FICHE ACTION n°9

Orientation stratégique n° 4 : Renforcement de l'efficience de gestion des ressources humaines

Objectif Transversal /spécifique n°9 : Formaliser la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

Constats : La démographie médicale et paramédicale représentent un enjeu essentiel dans le cadre de la qualité de la prise en charge. L'établissement doit développer une culture de l'anticipation de ses besoins en métiers et compétences.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilote : DRH, Responsable RH
- Partenaires associés : Direction des soins, Centre de formation
- Développement des outils GPMC en tant qu'outils d'aide à la décision : cartographie des compétences, tableau de bord, démarche collective et individuelle en lien avec l'entretien d'évaluation.
- Echéance : Septembre 2018

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains : Direction
- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires : Direction commune

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et **sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.**

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Bilan social : Tableaux GPEC
- Suivi des métiers en tension

Perspectives d'améliorations

- Besoins en métiers et compétences satisfaits.

FICHE ACTION n°10

Orientation stratégique n° 5 : Communication

Objectif Transversal n°10 : Ouverture de l'établissement sur son environnement

Constats : L'EHPAD du Centre hospitalier de Sarlat a pâti de la vétusté et du peu de fonctionnalité de ses locaux ; ces dernières apparaissant comme une contrainte à l'ouverture et la communication de ce service sur l'extérieur. Les nouveaux locaux doivent faciliter une communication tournée vers l'extérieure.

Plan d'actions, assorti des échéances

- Pilote : Direction Filière gériatrique
- Développement de projets culturels : réponse aux appels à projet Culture et santé.
- Développement de la communication extérieure sur les projets des EHPAD
- Participation au contrat local de santé
- Echéance : 2018

Moyens de mise en œuvre

- Organisationnels et humains : Direction
- le cas échéant, en matière de coopération

Ressources dégagées nécessaires : Animateur

Moyens supplémentaires nécessaires soumis à la validation de l'ARS d'Aquitaine et **sous réserve de mesures nouvelles déléguées à l'ARS par le niveau national dans le cadre de la campagne budgétaire et de leurs modalités de répartition au niveau régional.**

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Projet culture et santé approuvé
- Nombre d'articles relatifs aux EHPAD du CH de Sarlat
- Nombre de projets culturels réalisés

Perspectives d'améliorations

- Renommée des EHPAD du CH de Sarlat

ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
Fiche action n° 1	Nb de rencontres d'information entre médecins gériatres et médecins traitants							
	Nb de dossiers révisés							
	Nb de fiches d'évaluation bucco-dentaire							
Fiche action n° 2	Nb de soignants formés au dépistage des soins bucco-dentaires							
	Nb de participants aux groupes de travail de la filière							
	Nb de patients ayant eu une consultation dentaire							
Fiche action n° 3	Nb de déclaration de chute							
	Nombre d'analyse de chute							
	Nb de diagnostic de fragilités							
Fiche action n° 4	Nb de réunions de synthèse par an							
	Nb d'avenant des objectifs de prise en charge au sein du contrat de séjour							
	Taux de Projets d'Accompagnement Personnalisé réalisés							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<u>Fiche action n° 5</u>	Date de suivi du projet de service aux instances							
	Suivi des objectifs dans le cadre du suivi du Plan d'Actions							
<u>Fiche action n° 6</u>	Suivi des actions réalisées dans le cadre du PACQ							
	Nb d'EI déclarés et de CREX							
<u>Fiche action n° 7</u>	Questionnaires de satisfaction des résidents							
	Nb d'interventions au sein de l'ehpad / Nb de résidents ayant bénéficié de l'HAD et de l'EMASP							
	Nb de fiches de saisine remplies							
	Protocole d'intervention mis en place							
<u>Fiche action n° 8</u>	Compte-rendu de COPIL							
	Dépôt Appel A Projet (AAP)							
<u>Fiche action n° 9</u>	Bilan social : Tableaux GPEC							
	Suivi des métiers en tension							
<u>Fiche action n° 10</u>	Projet « Culture et Santé » approuvé							
	Nb d'articles relatifs aux EHPAD du CH de Sarlat							
	Nb de projets culturels réalisés							

ANNEXE 4 :

Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale
départementale



ARRÊTÉ du 31 DEC. 2016
S P A E - 16 - 182

actant le transfert de gestion de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Résidence du Plantier » à Sarlat La Caneda 24200 du CIAS Sarlat-Périgord Noir au Centre hospitalier de Sarlat La Caneda 24200.

Le Président du Conseil départemental.

VU l'arrêté n° 030074 du Préfet de la Dordogne du 20 janvier 2003 autorisant la transformation des 65 places de la maison de retraite « La résidence du Plantier » en lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

VU l'arrêté n° 2013322.0013 du Préfet de la Dordogne du 15 novembre 2013 portant nouvelle définition de l'intérêt communautaire de compétences exercées par la communauté de communes Sarlat-Périgord Noir ;

VU l'arrêté n° SPAE-14 140 bis du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et du Président du Conseil général de la Dordogne en date du 22 juillet 2014, par lequel l'autorisation de gestion de l'EHPAD « La résidence du Plantier » est transférée au CIAS Sarlat-Périgord Noir,

VU le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale d'Aquitaine 2012-2016 ;

VU le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du département de la Dordogne 2014-2019 ;

VU la décision portant délégation de signature du Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine en date du 1er décembre 2016 ;

CONSIDÉRANT la délibération du Conseil d'Administration du Centre Communal d'Action Sociale de Sarlat-la-Canéda du 4 juillet 1994 autorisant la création d'une maison de retraite de 65 lits à Sarlat-la-Canéda conformément au procès-verbal du C.R.O.S.S. du 14 juin 1994 ;

CONSIDÉRANT la délibération n° 2013-60 du conseil de la communauté de communes Sarlat-Périgord Noir du 5 juillet 2013 approuvant la nouvelle définition de l'intérêt communautaire en matière sociale et modification du champ d'action du centre intercommunal d'action sociale (CIAS) à compter du 1^{er} janvier 2014 ;

CONSIDÉRANT la délibération n° 02 du 18 novembre 2013 du conseil d'administration du centre intercommunal d'action sociale Sarlat-Périgord Noir approuvant le transfert des biens et des services entre le CCAS de Sarlat et le CIAS Sarlat-Périgord Noir à compter du 1^{er} janvier 2014 ;

CONSIDÉRANT le courrier en date du 9 janvier 2014 du CIAS Sarlat-Périgord Noir informant de la dissolution du CCAS de Sarlat à compter du 31 décembre 2013 et des évolutions de nouvelles coordonnées au répertoire de l'INSEE pour le CIAS en tant qu'établissement siège, et du Foyer logement du Plantier et de l'EHPAD « La résidence du Plantier » en tant qu'établissements secondaires ;

CONSIDÉRANT la délibération n° 03 du 10 février 2014 du conseil d'administration du centre intercommunal d'action sociale Sarlat-Périgord Noir votant à l'unanimité la création d'un budget annexe EHPAD « La résidence du Plantier » ;

CONSIDÉRANT le courrier du Président du Conseil général de la Dordogne en date du 6 octobre 2014 à Monsieur le Président du CIAS Sarlat-Périgord Noir, donnant un avis favorable au rapprochement entre l'EHPAD « La résidence du Plantier » et le Centre hospitalier de Sarlat ;

CONSIDÉRANT le courrier du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine en date du 16 mars 2015 à Monsieur le Président du CIAS Sarlat-Périgord Noir, donnant un avis favorable au rapprochement entre l'EHPAD « La résidence du Plantier » et le Centre hospitalier de Sarlat ;

CONSIDÉRANT le courrier conjoint du Président du Conseil Départemental de la Dordogne et du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes en date du 26 septembre 2016 à monsieur le Maire de Sarlat, à Monsieur le Président du CIAS Sarlat-Périgord Noir et à Monsieur le Directeur du Centre hospitalier de Sarlat, demandant aux instances de délibérer pour acter le rapprochement ;

CONSIDÉRANT la délibération n° 04 du 3 octobre 2016 du Conseil de surveillance du Centre hospitalier de Sarlat validant le projet d'intégration juridique et fonctionnel de l'EHPAD du Plantier au Centre hospitalier de Sarlat à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

CONSIDÉRANT la délibération n° 08 du 7 octobre 2016 du CIAS Sarlat-Périgord Noir approuvant les termes de la convention de transfert de gestion de l'immeuble destiné à l'exploitation de l'EHPAD du Plantier au Centre hospitalier de Sarlat à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

SUR proposition de Madame la directrice de la délégation départementale de Dordogne de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine et de Monsieur le directeur général des services départementaux ;

ARRETENT

ARTICLE 1 : L'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles délivrée au CIAS Sarlat-Périgord Noir est transférée, à compter du 1^{er} janvier 2017, au Centre hospitalier 24200 Sarlat La Canéda, pour la gestion de l'EHPAD « La résidence du Plantier » rue des Monges 24200 Sarlat La Canéda de 65 lits et places répartis comme suit :

	Personnes âgées dépendantes	Alzheimer	TOTAL des places
Hébergement permanent	65	0	65

ARTICLE 2 : L'EHPAD est autorisé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour 65 places d'hébergement permanent.

ARTICLE 3 : Conformément aux articles L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et 80 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, cette autorisation est accordée pour une durée de 15 ans à compter du 4 janvier 2002. Son renouvellement sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L. 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, au moins deux ans avant l'expiration du délai de 15 ans précité.

ARTICLE 4 : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation doit être porté à la connaissance des autorités compétentes, en vertu de l'article L. 313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord des autorités compétentes concernées.

ARTICLE 5 : Cet établissement est répertorié dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité juridique : Centre hospitalier JEAN LECLAIRE de Sarlat

N° FINESS 240000448

N° SIREN : 262 405 988

Code statut juridique : 13 (Etablissement Public Communal d'Hospitalisation)

Entité établissement : EHPAD «La résidence du Plantier »

N° FINESS : 240009894

N° SIRET : 20002351300027

[500] Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Capacités : 65

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil en maison de retraite	11	Hébergement complet	711	Personnes âgées dépendantes	65

Mode de tarification : [45] tarif partiel, habilité aide sociale sans PUI

ARTICLE 6 : Le présent arrêté est susceptible, dans un délai de deux mois à compter de sa notification, de faire l'objet :

- soit d'un recours gracieux devant le Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et/ou le Président du Conseil départemental de la Dordogne ;
- soit d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 7 : La directrice générale adjointe et le directeur de la délégation départementale de Dordogne de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, et le Directeur des Services Départementaux sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et au recueil des actes administratifs du département.

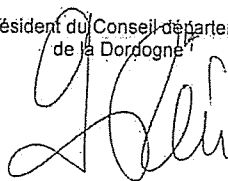
Fait à Bordeaux le, 31 DEC. 2016

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de
Santé Nouvelle-Aquitaine

La Directrice générale adjointe
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Hélène JUNQUA

Le Président du Conseil départemental
de la Dordogne



✓



République Française
Liberté - Égalité - Fraternité

Direction Départementale
de la Solidarité
et de la Prévention
(D.D.S.P.)

Périgueux, le 15 JAN. 2015

à

PÔLE PERSONNES AGEES

ATTESTATION

Je soussigné, Sophie L'HÔTE, Directeur Général Adjoint du Conseil général de la Dordogne, Directeur départemental de la Solidarité et de la Prévention, atteste que la totalité des places d'hébergement pour personnes âgées du Centre Hospitalier de Sarlat sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, soit les 20 places d'EHPAD et les 40 lits d'USLD.

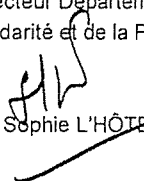
Cette habilitation est implicite dans l'arrêté de M. le Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale du 29 juin 1990 ci-joint.

Pour servir et valoir ce que de droit.

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL

Par délégation,

Le Directeur Départemental
De la Solidarité et de la Prévention


Sophie L'HÔTE

REPUBLIQUE FRANCAISE

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

A R R E T E

Le Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale,

Le Ministre délégué auprès du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, chargé des personnes âgées,

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée, portant réforme hospitalière,

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée, relative aux institutions sociales et médico-sociales, et notamment son article 23,

Vu la demande présentée par le conseil d'administration du Centre hospitalier général de SARLAT (Dordogne),

Vu l'avis de la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales du 10.4.1990,

A R R E T E N T :

Article 1 :

Il est créé 40 lits de long séjour et 20 lits de maison de retraite par transformation des lits d'hospice au Centre hospitalier général de SARLAT (Dordogne).

Article 2 :

Le Directeur des Hôpitaux, le Directeur de l'Action Sociale et le Préfet du département de la DORDOGNE sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont mention sera faite au Journal Officiel de la République Française.

Fait à Paris, le 29 JUIN 1990

Pour le Ministre de la Solidarité, de la Santé
et de la Protection Sociale,
et par délégation,
Le Directeur de Cabinet,



Jean-René BRUNETIERE

ANNEXE 5a : Abrégé et Synthèse du dernier rapport d'évaluation
externe de l'EHPAD du Plantier

5. Abrégé du rapport d'évaluation externe



Rapport d'évaluation externe / EHPAD Résidence du Plantier
Page 77 sur 110

5.1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Couverture de l'ensemble des champs dans l'évaluation interne	Evaluation élaborée à partir d'un référentiel complet qui a couvert tous les champs		
Participation des personnels à l'évaluation interne	Evaluation interne très participative et pluridisciplinaire	Essoufflement des professionnels sur la fin	
Communication des propositions d'amélioration à l'ensemble des acteurs	Le rapport d'évaluation ainsi que le PACQ qui en a résulté ont été communiqués au personnel (par l'intermédiaire d'un document annexé à la fiche de paye et d'une réunion d'information). Les conclusions de l'évaluation interne ont été affichées sur le panneau d'information aux familles situé à côté des ascenseurs.		Revisiter le PACQ en fonction des priorités institutionnelles redéfinies par le nouveau management actuel (Directeur du CIAS, médecin coordonnateur, cadre de santé).
Suivi des mesures d'amélioration du Plan d'Amélioration de la Qualité			Relancer la dynamique de la démarche qualité avec la mise en place d'un suivi trimestriel du PACQ avec le comité de pilotage pour assurer l'avancement des actions et le suivi régulier des indicateurs.
Exploitation des enquêtes de satisfaction	Des enquêtes auprès des résidents et des familles réalisées annuellement		

Atium

5.2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'appropriation des recommandations	Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'évaluation interne ont été utilisées et adaptées à l'établissement.		
Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles		Trop faible connaissance de l'ANESM et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles chez les différents professionnels	Planifier l'étude de certaines recommandations de bonnes pratiques professionnelles lors des transmissions et en associant des représentants de tous les métiers

Atium

5.3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Elaboration du projet d'établissement		Absence d'un réel projet d'établissement	Elaborer un projet d'établissement en s'appuyant sur la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM dans une démarche participative et qui pourra servir de base au renouvellement de la convention tripartite
Contenus du projet d'établissement			
Le développement de la culture de la bientraitance	Charte de bientraitance réalisé par le Comité de Pilotage lors de l'évaluation interne		
Plan de formation		Peu de possibilités de formations externes	Mettre en place un programme de formation interne sur les pratiques professionnelles (accompagnement fin de vie, prévention et prise en charge de la détérioration cognitive, prévention de la maltraitance, etc...).
Dispositif de prévention des risques psychosociaux	Mise en place de groupes de travail et analyse effectuée des risques professionnels	Absence de document unique sur les risques professionnels Absence d'intervention d'un psychologue	Finaliser le document unique sur les risques professionnels Mettre en place une convention avec le Centre Hospitalier de Sarlat pour disposer d'un temps d'écoute des professionnels le nécessitant par un psychologue

Atium

5.4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Le travail en réseau		Pas de réel travail en réseau	Revoir les conventions passées avec les partenaires pour évaluer leur efficacité aujourd'hui et si besoin, redéfinir le champ d'intervention.
Les partenariats	Partenariats en place avec les principaux partenaires sanitaires du bassin	Peu de partenariat dans le secteur animation	Formaliser des partenariats dans le secteur de l'animation
Bénévoles		Absence d'un réseau de bénévoles	Développer le bénévolat en recherchant des associations qui pourront aider à l'animation

Alum

5.5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Elaboration des projets personnalisés	Une procédure existante pour l'élaboration du PAP (mais incomplète et non appliquée)		Reprendre et compléter la procédure d'élaboration du projet de vie individualisé ou PAP (modalités d'association du résident et de la famille, délais de réalisation, définition des objectifs, échéance et critères d'évaluation)
Contenus des projets personnalisés		Pas de trame du projet personnalisé définissant des objectifs	
Suivi et évaluation des projets personnalisés		Pas de procédure de suivi des projets personnalisés	
Participation des usagers aux différentes étapes de leur projet		Pas de participation des usagers aux différentes étapes du projet hormis le recueil des données dans l'outil « parler nous de vous »	Co-construire le projet personnalisé avec le résident et faire viser le projet de vie individualisé par le résident afin de s'assurer de son accord (avenant au contrat de séjour)

Alum

5.6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Constitution du CVS ou autres modes de participation	CVS en place	Composition non réglementaire du CVS	S'assurer lors du renouvellement du CVS en 2015 que le nombre de résidents et familles atteigne plus de 50% des membres
Suivi donnée au CVS ou autres modes de participation	Suivi des actions dégagées en CVS dans le PACQ avec indicateur de suivi		
Commissions		Plus de commission « menus »	Remettre en place la commission « menus » et s'assurer du fonctionnement régulier de la commission « animation » avec la participation des usagers et la diffusion des comptes rendus aux résidents

Alum

5.7. La garantie des droits et la politique de prévention et gestion des risques

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Les outils de la loi 2002	Tous les outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social sont en place et présentés au résident à son arrivée dans l'établissement		Veiller à la mise à jour des documents et dater les documents
Respect des droits et liberté des usagers		Des contentions parfois non prescrites	S'assurer du respect strict du protocole sur les contentions Rester vigilant à la garantie des droits des usagers : - Information orale et écrite systématique aux stagiaires et nouveaux arrivants - Sensibilisation aux signalements d'événements indésirables - Dégager du temps pour des formations internes/échanges
Le plan de prévention contre la maltraitance		Pas de plan formalisé	Utiliser une fois par mois ou sur une fréquence à déterminer par l'établissement, du temps, après la transmission pour réfléchir aux pratiques mises en place dans l'établissement en matière de prévention de la maltraitance
Les protocoles d'alerte et de signalement		Absence de protocoles d'alerte et de signalement	
La politique globale de prévention et de gestion des risques			Réaliser le document unique et cartographier les risques inhérents à la vulnérabilité

Atium

5.8. Conclusion de l'évaluation externe

5.8.1. Appréciation globale de l'évaluateur externe

Cette évaluation externe s'est déroulée dans un climat positif avec une bonne participation de tous les acteurs, néanmoins peut-être a-t-elle été réalisée trop tôt compte tenu de l'arrivée très récente (début octobre) d'un nouveau médecin coordonnateur, après une période de vacance du poste pendant un an, et du recrutement pour la première fois d'un cadre de santé en septembre.

L'établissement dispose de locaux très agréables, adaptés au nombre de résidents présents, une qualité des chambres très satisfaisante, ouvertes sur l'extérieur, mais présente quelques faiblesses compte tenu de l'évolution des résidents et d'une structure un peu vieillissante (des salles à manger devenues trop petites, un salon R-1 surdimensionné, un manque de locaux de stockage dans les étages).

En terme de démarche qualité, des réflexions ont été initiées de longue date (2008/2012) par le médecin coordinateur de l'époque, et elle s'est structurée avec l'apport des compétences d'une qualicienne en 2013. Néanmoins, compte tenu des problèmes de management, de la vacance du poste de médecin coordinateur pendant un an, du manque d'encadrement, et de nouvelles priorités relatives au climat social et organisation du travail, la démarche qualité globale a dû se mettre en retrait. Il faut souligner de ce fait un décalage entre les intentions et la réalité avec de nombreux protocoles existants mais pas toujours appliqués, des indicateurs qualité définis, mais pas tous suivis régulièrement.

La qualité de vie des résidents est globalement bien prise en compte avec un bon entretien des locaux, une qualité assez remarquable de la restauration, une prise en charge soignante globalement bien réalisée et respectueuse dans son ensemble des résidents et de leurs droits (respect, intimité, dignité...).

Dans l'organisation des soins et l'accompagnement de la vie quotidienne, plusieurs points critiques sont cependant à noter.

Un circuit du médicament insuffisamment sécurisé avec absence d'identitovigilance et de traçabilité de l'administration des médicaments, des officines de ville qui ne tiennent pas leur rôle de conseil et d'expertise.

Des contentions pas toujours prescrites, malgré un protocole précis sur le sujet.

Un outil PSI insuffisamment approprié et la nécessité de s'engager réellement dans l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.

Des dossiers médicaux insuffisamment renseignés par les médecins libéraux (pas d'observations cliniques ni d'histoires de la maladie ou d'antécédents précis dans la plupart des dossiers) même si les choses évoluent quelque peu depuis l'arrivée très récente du médecin coordonnateur qui s'efforce d'amener ses collègues à de meilleures pratiques.

Un secteur d'animation qui apparaît un élément faible, malgré des moyens importants dédiés (2 ETP). Ce secteur est à réorganiser avec une redéfinition de ses objectifs, des modalités de travail de l'équipe, la recherche d'une plus grande ouverture sur l'extérieur, l'apport de bénévole.



Des organisations du travail à remettre en cause (toilettes trop à la chaîne, peu de personnalisation de prise en charge) qui pourront être réfléchies grâce aux projets personnalisés. Il existe également des glissements de tâches organisés (animatrice qui aide au repas, agent de maintenance qui nettoie les communs, équipe AS de nuit qui dresse les tables le week-end).

Des débuts de réorganisation viennent de se faire (agents d'entretien désormais présents le week-end, suppression de la notion d'agent d'hébergement), mais un gros de travail de remise à plat des organisations de travail reste à faire reposant sur des évaluations précises des charges de travail et des besoins dans les différents secteurs (soins, entretien, restauration, maintenance, animation).

Il est vrai pour autant que les moyens de l'établissement sont limités et limitant avec un tarif de prestation parmi les plus faibles du département et un véritable problème de qualification avec plus d'ASH que d'AS qu'il sera difficile de rééquilibrer.

Maintenant qu'il a passé ce cap de cette évaluation externe, l'établissement doit s'engager dans l'élaboration d'un véritable projet d'établissement qui lui permettra de préparer le renouvellement de sa convention tripartite et le renforcement si possible de ses moyens.

Il devra mettre à profit ce moment pour relancer la dynamique sur la démarche qualité, la réflexion pluridisciplinaire sur le droit des patients, la bientraitance, la prévention de la maltraitance, les organisations de travail pour une plus grande personnalisation de la prise en charge des usagers.

Les acquis et le renouvellement de l'encadrement devraient être des éléments favorisant pour l'ensemble de ces évolutions à faire.



5.8.2. Commentaire de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
L'évaluation externe de l'EHPAD du Plantier s'est déroulée au mois d'octobre 2014, période correspondant également à la mise en place de l'équipe d'encadrement des soins (Cadre de santé et Médecin coordonnateur), ce qui constitue un moment fort, propice à la re-mobilisation des personnels et à insuffler une nouvelle dynamique à la démarche qualité. Le planning de consultation sur site suivi par les trois intervenants a permis l'observation et l'analyse des pratiques dans leur ensemble (tous les corps de métier ont été rencontrés, les points de vue se sont croisés). Les interactions entre les personnels et les évaluateurs se sont déroulées dans de bonnes conditions relationnelles. La restitution 'à chaud' à l'issue de l'observation sur site a également permis à l'équipe de Direction de s'emparer de plusieurs éléments pour amorcer les actions et réflexions à entreprendre au sein de l'établissement.	Le rapport fourni par l'organisme évaluateur est concis et pertinent, très lisible également. Les conclusions semblent globalement refléter la réalité de la vie de l'établissement. Nous prenons note dès à présent des remarques et recommandations adressées, et nous outillons des pistes proposées par les intervenants.



4. Les résultats de l'analyse détaillée - Forces/faiblesses et préconisations



Rapport d'évaluation externe / EHPAD Résidence du Plantier
Page 25 sur 110

4.1. La démarche d'évaluation interne

4.1.1. Résultats de l'analyse détaillée

Priorités et modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne

Les thématiques abordées lors de l'évaluation interne

Pour réaliser son évaluation interne en 2013, la Résidence du Plantier a fait le choix d'utiliser le référentiel FHF Aquitaine couvrant l'ensemble des champs du cadre de référence du décret n°2007-975 codifié au CASF.

La participation des équipes à l'évaluation interne

Sur les quarante agents que constitue le personnel de la Résidence du Plantier, vingt-trois ont directement participé à des groupes de travail dans le cadre de l'évaluation interne. Les annexes du rapport d'évaluation en présentent la liste. Tous les agents ont été invités à participer mais certains ont déclaré ne pas avoir eu le temps de s'investir dans la démarche.

La conduite de ces groupes de travail a été encadrée par une méthodologie précise proposée par la qualitiennne de l'établissement et sous la conduite et contrôle du Comité de Pilotage mis en place, comportant lui aussi une vingtaine de personnes. Avec les actions de formation, le recueil des avis des personnels lors des réunions de transmission d'équipe, c'est donc une très grande partie des personnels qui a participé aux productions générées par la démarche qualité et l'évaluation interne en particulier.

Toutefois, une réorganisation du travail a commencé à être menée en parallèle de la démarche d'évaluation interne, ce qui a limité le nombre et la disponibilité des intervenants.

La participation des usagers à l'évaluation interne

Les usagers et les familles ont été associés à l'évaluation interne via des enquêtes de satisfaction de 2012 et 2013. L'enquête réalisée en 2013 auprès des résidents a obtenu un taux de réponse de près de 34%. Celle réalisée auprès des familles a quant à elle obtenu un taux de réponse plus faible, 26%. Ces enquêtes sont réalisées chaque année. En 2012, le taux de réponse était semblable pour les résidents (37%), plus élevé pour les familles (42%). L'expression des usagers et des familles s'est faite également lors des réunions du CVS (2 réunions annuelles).

Les usagers et familles ont pu être tenus informés du déroulement de l'évaluation interne au cours des deux réunions du CVS du 28 janvier et 24 juin 2013. Une présentation power point a été réalisée le 16 décembre 2013 auprès des familles et usagers sur le rapport d'évaluation interne et les actions à mettre en œuvre. Cette présentation a également été envoyée par mail aux familles qui le souhaitaient.

Le rapport d'évaluation

Le rapport d'évaluation interne transmis aux autorités de tutelle en décembre 2013 respecte le cadre défini par l'ANESM avec ses 3 parties :

- Présentation de l'établissement ou du service et des éléments de cadrage des activités
- Éléments de méthode

- **Présentation des résultats**

Les annexes jointes au rapport regroupent l'ensemble des éléments constitutifs de la démarche (projet de vie, outils en place de la loi de 2002-2, membres du comité de pilotage et des groupes de travail, méthodologie de travail, questionnaires de satisfaction usagers et résidents, indicateurs de qualité, référentiel FHF complété avec synthèse des résultats, plan d'action qualité et plans de moyens à mettre en œuvre).

Dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

Un travail important autour de la démarche d'amélioration continue de la qualité avait été initié au cours de la période 2009/2012 par un ancien médecin coordonnateur et l'ancien directeur de l'EHPAD. Depuis octobre 2012, le recrutement d'une qualitiennne à temps partiel (0,5 ETP) a permis d'impulser une nouvelle dynamique et de structurer le travail auquel l'ensemble du personnel à adhérer. Ce travail a porté notamment sur :

- la mise en place d'un système documentaire
- l'élaboration de fiches d'événements indésirables et leur analyse (travail en cours)
- la mise à jour des outils de la loi de 2002-2 (livret d'accueil en cours...)
- l'écriture de protocoles reprenant les recommandations des autorités sanitaires (ANESM, HAS...)
- la mise en place d'indicateurs
- la structuration de l'évaluation interne qui s'est déroulée d'octobre 2012 à décembre 2013.

Communication et diffusion des propositions d'amélioration et la manière dont les acteurs sont impliqués

A l'issue du travail réalisé par les différents groupes de travail, un pré-rapport d'évaluation interne a été réalisé avec définition d'un plan d'actions d'amélioration de la qualité. Après validation de ce pré-rapport par le Comité de Pilotage, une présentation en a été faite au CVS le 16 décembre 2013. Le rapport final d'évaluation ainsi que le PACQ qui en a résulté ont ensuite été communiqués au personnel (par l'intermédiaire d'un document annexé à la fiche de paie et d'une réunion d'information).

Les conclusions de l'évaluation interne ont été affichées sur le panneau d'information aux familles situé à côté des ascenseurs.

Le document a été envoyé au CIAS pour validation fin 2013, puis transmis aux autorités de contrôle et de tarification.

Mise en œuvre des mesures d'amélioration et tenue de l'échéancier

Le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) de la résidence du Plantier est un outil fonctionnel qui permet à l'établissement d'assurer un suivi des actions d'amélioration de la qualité engagées. 42 actions sont inscrites dans le PACQ. Chaque action a son numéro, son intitulé et son objectif est posé. Un référent est désigné pour chaque action et les personnels associés à l'action sont mentionnés. Les moyens à mettre en œuvre pour accomplir chaque action sont décrits. Chaque action a un échéancier avec une date de début et une date de fin prévue. Un indicateur de suivi est proposé pour toutes les actions. Il existe une colonne priorisation/commentaires.

Plusieurs actions ont été réalisées durant la période d'évaluation interne telles que :

- L'actualisation des procédures de pré-admission et d'accueil administratif dans le cadre du groupe de travail Qualité sur le thème de l'Accueil et l'Admission
- L'élaboration de protocoles : douleur, escarres, chutes, contention, nutrition, accompagnement fin de vie
- L'élaboration de procédures : projet d'accompagnement personnalisé, toilette, repas, réunion de synthèse, transmissions journalières, urgence médicale, décès

Toutefois, depuis la fin de l'évaluation interne, peu d'actions ont été réalisées par l'établissement.

Modalités de suivi et de bilan périodique

Le COPIL mis en place lors de l'évaluation interne devrait se réunir trimestriellement pour assurer le suivi du PACQ.

Dans la réalité, les changements organisationnels (départ et arrivée d'un médecin coordonnateur, changement de direction, arrivée d'une cadre de santé et la réorganisation du travail des personnels) ont entraîné une mise en retrait du suivi des actions déterminées par l'évaluation interne.

15 indicateurs ont par ailleurs été définis dans le cadre de la démarche qualité.

- Le taux de contention passive
- Le taux de réponses apportées aux demandes du CVS
- Le taux d'évaluation de la douleur
- Le taux des résidents ayant chuté
- Le taux d'escarres acquises dans l'EHPAD
- Le taux de résidents ayant pesé une fois par mois
- Le taux d'évaluation des troubles de l'humeur/comportement
- Le taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués
- Le taux d'hospitalisation
- Le taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations
- Le taux de résidents dont la capacité a diminué entre deux évaluations
- Le taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement
- Le taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées
- Le taux de résidents isolés
- Le taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie

L'évaluateur note que l'ensemble des indicateurs a été mesuré durant la période de l'évaluation interne et que la presque totalité des indicateurs a fait l'objet d'un suivi, à la date de l'évaluation externe sur site.



4.1.2. Synthèse et recommandations

Forces

Evaluation interne participative et pluridisciplinaire
Evaluation élaborée à partir d'un référentiel complet qui a couvert tous les champs
Un plan d'amélioration continu de la qualité complet
Démarche qualité en place
Un mi-temps de qualité
Des indicateurs qualité nombreux et pertinents (15)
Communication des résultats de l'évaluation interne aux usagers et familles

Points à améliorer

Suivi trimestriel du PACQ par le comité de pilotage
Avancement des actions

4.1.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions stratégiques

- Revisiter le PACQ en fonction des priorités institutionnelles redéfinies par le nouveau management actuel (Directeur du CIAS, médecin coordonnateur, cadre de santé).

Préconisations/ propositions opérationnelles

Relancer la dynamique de la démarche qualité avec :

- Mise en place d'un suivi du plan d'amélioration continue de la qualité trimestriel avec le comité de pilotage pour assurer l'avancement des actions et le suivi des indicateurs.
- Communication auprès des résidents et familles sur les actions réalisées dans l'établissement via courriers ou lors des CVS, communication également auprès des professionnels de l'établissement, des principaux partenaires (professionnels de santé libéraux notamment).



4.2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

4.2.1. Résultats de l'analyse détaillée

Modalités d'appropriation et de mobilisation des recommandations en fonction des sujets traités

Les synthèses des recommandations concernant l'évaluation interne ont été communiquées aux professionnels qui ont participé aux groupes de travail sur l'évaluation interne. Le plan du rapport de l'évaluation interne suit les recommandations de l'ANESM.

Les autres recommandations n'ont pas été travaillées par l'établissement bien que certains professionnels aient connaissance de leur existence.

Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers

Des formations sur la bientraitance ont eu lieu dans l'établissement. Des rappels sur les droits et libertés des usagers sont également effectués en transmission (quelques formations en interne par l'ancien médecin coordonnateur). De manière indirecte, les recommandations sont donc prises en compte par l'établissement.



4.2.2. Synthèse et recommandations

Forces

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'évaluation interne ont été utilisées et adaptées à l'établissement.

Points à améliorer

Faible connaissance sur l'ANESM et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles des professionnels

4.2.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions opérationnelles

- Planifier l'étude de certaines recommandations de bonnes pratiques professionnelles
 - Utiliser la recommandation sur le projet personnalisé pour relancer la démarche de projet d'accompagnement personnalisé
 - Prévoir une fois toutes les deux semaines un temps dédié à l'étude pratique de situations de maltraitance (par exemple les images de Papidoc créées par le CHIC Castres-Mazamet) et réaliser un lien avec la recommandation sur la bientraitance et celle sur la prévention de la maltraitance. Ce temps, d'une heure maximum, peut être pris après les transmissions et associer des représentants des différents métiers autre que les soignants
 - Elaborer le projet d'établissement 2016-2021 à l'aide de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles à ce sujet



4.3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service

4.3.1. Résultats de l'analyse détaillée

Le projet d'établissement ou de service : modalités de formalisation actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

Une ébauche de projet d'établissement a été réalisée en 2011. Il n'y avait pas antérieurement de projet d'établissement à proprement parler, si ce n'est la référence à la convention tripartite 2008-2013 et un projet de vie de l'établissement élaboré en 2007.

La démarche qualité mise en place à partir de 2012 a de fait compensé l'absence d'un réel projet d'établissement et sert de document d'orientation et de travail à l'établissement.

Pertinence du projet d'établissement au regard des missions de l'établissement

La pertinence du projet d'établissement au regard des missions de l'établissement peut être apprécié au travers du projet de vie de l'établissement, élaboré en 2007, qui spécifie dans ses orientations que « dans le cadre de son activité, la Résidence du Plantier offre à la personne âgée un cadre de vie lui permettant de vivre sereinement et en sécurité, dans le respect de son intimité, de sa dignité, et de sa liberté.

Déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

Hormis les orientations générales déclinées au travers du projet de vie, et en l'absence d'un réel projet d'établissement, il n'y a pas eu de définition d'objectifs opérationnels.

Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement

Les caractéristiques des usagers figurent dans les rapports d'activité annuels rédigés par le médecin coordonnateur et dans la convention tripartite.

Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

Le rapport d'activité annuel du médecin coordonnateur est la source de données qualitatives et quantitatives permettant de caractériser le profil de la population accompagnée avec de nombreux indicateurs : entrées/sorties, âge moyen des résidents, répartition par sexe, GIR moyen pondéré, PMP. Des données qualitatives sont mentionnées avec le nombre et motifs des hospitalisations des résidents, les indicateurs relatifs aux chutes.



Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée

L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention

Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation

En l'absence de projet d'établissement tel que défini par la loi du 2 janvier 2002, l'évaluateur externe n'a pu disposer d'éléments objectifs permettant d'apprécier les capacités d'adaptation de l'établissement que ce soit au niveau de ses prestations ou de son organisation. Néanmoins, il a été fait part aux évaluateurs externes des réflexions entreprises dans l'organisation du travail afin de prendre en compte l'évolution de la population prise en charge, avec l'élévation assez conséquente du GIR au cours des 2 à 3 dernières années, qui a conduit au cours de l'année 2013 à recourir à un nombre important de contrats aidés (CAE). Au moment de l'évaluation externe (octobre 2014), 9 CAE étaient en exercice dans l'établissement soit 18% de l'effectif global.



4.3.2. Synthèse et recommandations

Forces

L'établissement a mis en place une démarche qualité ambitieuse qui a permis de pallier un peu à l'absence de projet d'établissement actualisé et qui sert de document d'orientation et de travail à l'établissement

Points à améliorer

Absence de projet d'établissement

4.3.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions stratégiques

- Elaborer un réel projet d'établissement en s'appuyant sur la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM dans une démarche participative et qui pourra servir de base au renouvellement de la convention tripartite

« L'élaboration d'un projet d'établissement-projet de service est basée sur la participation de l'ensemble des parties prenantes :

- *les professionnels sont des ressources clés pour nourrir le projet d'établissement-projet de service d'un savoir collectif interdisciplinaire relatif aux attentes, besoins et réponses à apporter aux personnes accompagnées. Des groupes de travail permettent la représentation et contribution de toutes les fonctions des professionnels de l'établissement ou du service ;*
- *la participation des usagers et/ou de leurs représentants légaux est essentielle pour s'adapter à leurs besoins et attentes. Ceux-ci sont associés aux thématiques centrales du projet d'établissement-projet de service ;*
- *les partenaires, bénévoles et stagiaires peuvent être associés au projet d'établissement-projet de service »¹*

« Le projet d'établissement ou de service (projet d'établissement-projet de service) pose les principes d'action et les orientations stratégiques pour les 5 ans à venir. »²

Préconisations/ propositions opérationnelles

- Définir une méthodologie, un calendrier

¹ « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ANESM, juin 2012

² « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ANESM, juin 2012

4.4. L'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers

4.4.1. Résultats de l'analyse détaillée

Le processus d'admission

Les critères d'admission

Les critères d'admissions sont précisés dans le règlement de fonctionnement en indiquant que « l'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés de plus de 60 ans, et de moins de 60 ans sur dérogation ».

Le règlement de fonctionnement précise qu'en « priorité, les personnes accueillies sont originaires de la commune de Sarlat-La-Canéda puis de la communauté des communes du Sarladais ». Ce point du règlement de fonctionnement devra être actualisé en ne faisant plus de distinction entre la commune de Sarlat-La-Canéda et communauté des communes du Sarladais compte tenu d'une gestion de l'EHPAD désormais par le CIAS Sarlat-Périgord Noir. On retrouve également ce critère géographique de priorisation distinguant la ville de Sarlat et la communauté des communes du Sarladais dans la procédure de pré-admission.

Dans la limite des places disponibles, l'EHPAD reçoit d'autres personnes âgées sans autre discrimination que le respect des capacités de prise en charge de l'établissement, définies dans son projet institutionnel.

A noter également qu'il a été signalé à l'évaluateur externe que parmi les personnes prioritaires figuraient les personnes résidentes de la résidence sociale (dit foyer logement) attenante à l'EHPAD, ce qui ne figure dans aucun document.

La liste d'attente

Une liste d'attente est tenue à jour par la secrétaire d'accueil. Trois fichiers distincts sont renseignés. Un pour les demandes de la commune de Sarlat, un pour la communauté des communes hors Sarlat, le troisième pour les demandes en provenance des autres communes. Ces fichiers sont renseignés dès lors que le dossier de demande d'admission est considéré complet.

Depuis 2012 et à ce jour, on compte 220 demandes en liste d'attente dont :

- 120 demandes en attente pour la commune de Sarlat dont 29 pour 2014
- 10 demandes pour la communauté des communes hors Sarlat
- 91 demandes hors communauté de communes dont 29 pour 2014

Globalement, on peut donc situer à environ 80 le nombre de demandes annuelles pour une douzaine d'entrées par an, dont certaines sont réalisées hors liste d'attente.

La commission d'admission dont théoriquement un des rôles est d'analyser la liste d'attente et de sélectionner les dossiers ne se réunit plus depuis 2012. Depuis début octobre 2014, la commission d'admission, composée du Directeur, du médecin coordonnateur et du cadre de santé, se réunit chaque semaine en réunion de staff.

Il serait nécessaire que cette commission redéfinisse les critères d'admissions, et qu'elle s'en tienne à des principes précis de la gestion de la liste d'attente (ancienneté par exemple). Cette liste d'attente pourrait par ailleurs être actualisée, tous les 6 mois environ, en adressant un courrier aux usagers /familles pour savoir s'ils doivent être maintenus en liste d'attente. A noter que la procédure de pré-admission administration, indique que l'agent

d'accueil effectue également un phoning régulier pour la mise à jour de la liste d'attente, ce qui dans les faits n'est pas réalisé.

La visite d'admission

Le règlement de fonctionnement indique « qu'il est souhaitable que toute personne qui envisage son admission au sein de l'établissement fasse une visite préalable de la structure ». Cette démarche est faite généralement par la visite d'une chambre, soit à la demande de la personne ou famille quand elle vient retirer un dossier de pré-admission, soit à l'initiative de la secrétaire d'accueil.

L'évaluateur externe a eu l'opportunité de vérifier auprès d'une famille venant se renseigner pour une demande d'admission qu'elle avait pu, sur proposition de l'agent d'accueil, visiter une chambre et le salon du rez-de-jardin.

Les procédures de pré-admission et d'accueil administratif ont été remises à jour en 2013, dans le cadre du groupe de travail Qualité sur le thème de l'Accueil et l'Admission. Elle définissent que :

- L'agent d'accueil remet au public demandeur le « dossier unique de pré-admission »
- Les documents sont à remplir par le(s) intéressé(s) et le médecin traitant, et à remettre à l'accueil de l'établissement.
- Une visite de l'établissement peut être organisée avec l'agent d'accueil.

Ces procédures précisent que « la démarche de pré-admission et d'accueil se veulent humaine et basée sur un bon relationnel : écoute, disponibilité. Le personnel prend le temps de renseigner les personnes sur les éléments du dossier et de répondre aux questions du public » et « qu'il est utile d'insister à l'oral sur :

- Les droits et libertés du résident (plutôt que sur les interdictions et les contraintes)
- La nature de l'établissement comme lieu de vie à part entière (possibilité de personnaliser la chambre dans la mesure du possible), possibilité d'amener un TV...
- Les aspects pratiques de la vie dans l'établissement (exemple : marquage du linge nécessaire, matériel de toilette et quantité de linge suffisante, ...)
- Le projet d'accompagnement personnalisé
- L'existence du CVS, des commissions des menus et de l'animation ».

Sur le processus d'admission lui même, le médecin coordonnateur de l'EHPAD donne son avis sur l'admission de la personne âgée au vu de l'évaluation personnalisée de l'autonomie de la personne qui sollicite son admission réalisée par le médecin traitant (Grille AGGIR). Le Directeur prononce ensuite, en concertation avec le personnel infirmier, l'admission selon une procédure définie. La date d'arrivée du résident est fixée d'un commun accord.

La période d'adaptation

Jusqu'en 2012, le résident était évalué par le médecin coordonnateur au 7^e jour, 21^e jour, et 45^e jour après son admission afin d'affiner les données suite aux évaluations de l'équipe de soins et des informations du médecin traitant et de la famille. Cette période était mise à profit pour apprécier l'adaptation du résident à la structure (espace, fonctionnement...). C'est durant cette période que les données sur les habitudes de vie sont recueillies par les aides soignantes à l'aide de l'outil « parlez nous un peu de vous » auprès des résidents et des familles, retracées ensuite dans le PSI (plan de soins informatisé).

Il sera nécessaire de redéfinir avec le nouveau médecin coordonnateur et le cadre de santé une procédure encadrant cette période d'adaptation.

La préparation d'une réorientation

Les cas de réorientation sont extrêmement rares (1 seule en 2013), et ont lieu le plus souvent pour rapprochement familial. Dans ce cas, ce sont les infirmières qui se mettent en rapport avec leurs collègues de l'EHPAD vers lequel a lieu la réorientation.

La qualité du lieu de vie ou d'accueil des usagers

L'aménagement des lieux personnels

L'établissement est organisé sur 3 niveaux : un rez-de-jardin, un rez-de-chaussée et un premier niveau.

Les chambres se situent à chaque niveau. L'établissement comprend 59 chambres individuelles, 3 chambres doubles et 1 chambre pour hébergement temporaire et se répartissent ainsi :

- rez-de-jardin (R-1) : 13 chambres pour 15 résidents
- rez-de-chaussée (R0) : 22 chambres pour 25 résidents
- 1^{er} niveau (R+1) : 23 chambres pour 25 résidents

Les chambres sont meublées par l'établissement (lit, table de chevet) et sont équipées d'un placard-penderie, d'un cabinet de toilette avec WC, lavabo, douche, d'une prise de télévision, d'un poste téléphonie et d'une sonnette d'appel. Les résidents ont la possibilité de personnaliser leur chambre. Le règlement de fonctionnement précise « Il est possible et conseillé de personnaliser son logement (fauteuil, commode, table, bibelots, photos...) d'une manière compatible avec l'état de santé, la superficie affectée, la sécurité et l'organisation des soins tant pour le résident que le personnel et les visiteurs. » L'agent technique peut percer des trous pour afficher tableaux et cadres au besoin.

Au départ d'un résident, la chambre est repeinte si elle était occupée depuis longtemps. Certaines chambres ont un balcon, et d'autres un accès direct sur l'extérieur.

Les lieux collectifs

Les lieux collectifs sont répartis sur les 3 niveaux de l'établissement :

- Au rez-de-jardin : l'aumônerie, une salle polyvalente et de kinésithérapie, un grand salon, le salon de coiffure, un local technique et la blanchisserie
- Au rez-de-chaussée : l'accueil, les services administratifs et médicaux et une petite salle à manger
- Au 1^{er} niveau : la salle de restaurant et la cuisine

Des locaux de stockage pour les agents d'entretien sont également présents à chaque étage.

Les extérieurs

Les extérieurs du bâtiment sont entretenus par les équipes de la mairie qui interviennent régulièrement pour tailler les arbres et tondre la pelouse. Une promenade fermée est disponible pour les résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Les transports

L'établissement dispose d'une voiture de service (kangoo) qui n'est pas adapté aux personnes à mobilité réduite.

D'autre part, l'établissement peut disposer d'un minibus adapté aux personnes à mobilité réduite pour faire des sorties, dans le cadre d'une convention établie avec l'EHPAD de Carsac.

La restauration

L'établissement dispose de deux salles de restauration. Une salle au R+1 qui accueille les résidents les plus mobiles ainsi que des résidents du foyer logement accolé à l'EHPAD. Cette salle est arrivée à saturation compte tenu d'un nombre désormais important de résidents en fauteuil roulant, qui a augmenté au cours des années.

La seconde salle à manger localisée au niveau 0 est plus petite et regroupe une vingtaine de résidents les moins autonomes.

Une attention est portée pour veiller à la bonne atmosphère des repas :

- Veiller à conserver un volume sonore bas, respecter le calme
- Soigner la présentation (esthétique) des repas (y compris les menus lisses, décoration dans les assiettes)
- Revoir régulièrement le placement à table (selon les affinités)
- Qualité de la nourriture et cuisine assaisonnée
- Sel, poivre et condiments disponibles à la demande
- Vaisselle adaptée et agréable (ramequin pour présenter la nourriture mixée)

On peut regretter toutefois, le manque de décoration, notamment la salle du niveau 0 qui est peu chaleureuse.

L'entretien du linge

Le linge des résidents est pris en charge sur place par l'agent affecté à la lingerie du lundi au vendredi. L'établissement dispose de 3 machines à laver, 2 sèche-linges, 1 table à repasser. Cet agent assure également l'entretien des couvertures, dessus de lits, bavoirs, rideaux des chambres. C'est la lingère qui restitue le linge à chaque résident, généralement le lendemain de la mise au sale, dans la matinée et qui le range dans les armoires. Dans le cas où le résident souhaite lui même faire ce rangement dans son armoire, la lingère laisse faire. La lingère connaît donc tous les résidents et toutes les familles qui s'adressent directement à elle, en cas de griefs, qui restent très rares. Il n'y a pas d'inventaire de linge à l'entrée du résident. Il est demandé aux familles de marquer le linge et les familles sont informées qu'en cas de manque, la lingère a la possibilité de dépanner.

Le linge plat est sous traité à un ESAT, avec enlèvement et restitution 2 fois par semaine. Est également sous traité l'entretien des blouses du personnel.

Un protocole de gestion du linge a été réalisé en 2013 définissant le circuit et traitement du linge propre et sale.

Le week-end, le linge des résidents et bavoirs sont pris en charge par les agents de nuit qui s'occupent de le laver, le faire sécher et de le ranger.

L'entretien des locaux

L'entretien des locaux fait l'objet d'une gestion planifiée par semaine. Par contre, aucune traçabilité du ménage n'avait été mise en place au moment de l'évaluation sur site (hors cuisine). Au 1^{er} novembre 2014, un travail sur la traçabilité est en cours.

Ce planning indique pour chaque jour de la semaine, les actions d'entretien (ménage) par étage et par équipe. En effet, aucune fonction d'entretien n'est externalisée dans l'établissement. Toutefois, plusieurs catégories de personnel sont impliquées dans l'entretien des locaux, en plus de l'équipe d'entretien composée de 4 personnes.

L'équipe d'entretien est répartie sur les trois étages. Actuellement elle travaille seulement du lundi au vendredi mais à partir du 15 novembre, les horaires changent et seront étendus au week-end et élargis jusqu'à 20h. Chaque professionnel a en charge un étage, il nettoie les chambres et les couloirs. Suivant les préférences des résidents, les agents d'entretien essayent d'intervenir en présence de l'usager ou pendant qu'il est à table ou parti. La quatrième personne s'occupe de la salle de restauration et met la table le midi.

Les agents de nuit nettoient l'infirmerie et le petit restaurant en semaine. Le week-end ils s'occupent du grand restaurant et du petit, du hall et de l'accueil, de l'infirmerie, des ascenseurs et mettent le couvert pour le repas de midi.

Des protocoles d'entretien ont été réalisés pour les dispositifs et matériels (bassins, chaise de pesée, chariots, ...). Il n'existe pas de protocoles au niveau des chariots et outils de ménage. Le seul protocole affiché dans les lieux de stockage concerne le nettoyage au sol (2014).

L'agent technique s'occupe des réparations ou commandes et achats de l'ensemble des fournitures de l'établissement (du soin, en passant par l'administration, la cuisine ou encore les produits ménagers).

L'entretien de la cuisine est réalisé par les cuisiniers, aide-cuisinier et plongeurs. Chaque tâche à réaliser est notée dans un agenda et tracée mensuellement, hebdomadairement ou quotidiennement suivant la planification.

L'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne, aux activités, à la vie familiale

Le système de communication entre les professionnels

Une transmission entre équipes de soin est organisée tous les jours entre 14h15 et 14h45 avec l'infirmière du jour, la moitié de l'équipe aide soignante du matin et l'équipe d'aide soignante du soir. Participent également selon leur présence dans l'établissement, le cadre de santé, le médecin coordonnateur, et occasionnellement l'animatrice et la qualitiennne.

Un quart d'heure de chevauchement d'équipe a lieu le matin et le soir entre une aide soignante de nuit et l'équipe du matin et du soir.

Les éléments marquants sur la situation des résidents nécessitant une traçabilité sont saisis dans les fiches de transmissions du PSI, éditées tous les jours et mises à dispositions des équipes.

L'accompagnement au quotidien

Les agents rencontrés par les évaluateurs externes ont fait part de leur souci de prendre en compte, dans la mesure du possible, les préférences des résidents.

*par un point personnel
d'un nouveau personnel.*

Dans la réalité, il apparaît que les habitudes de travail ont générés des organisations assez rigides dans presque tous les secteurs.

Ainsi pour la réalisation des toilettes, on note une organisation systématique (marche en avant d'un bout à l'autre d'un étage), le souci principal des équipes étant d'aller le plus vite possible.

On peut noter comme exemple également que le nombre de personne mangeant mixé varie davantage en fonction des indications de l'infirmier du jour, que d'une indication spécifique liée à l'état du résident.

Les activités d'animation paraissent également relativement stéréotypées avec toutes les semaines, les mêmes activités.

Si la démarche de projet d'accompagnement personnalisé initié en 2011 avait pour objectif de personnaliser l'accompagnement au quotidien des résidents, cette démarche est à ce jour peu développée, chaque agent agissant davantage de sa propre initiative.

La continuité de l'accompagnement

Un plan de soins individualisé est fait pour chaque résident, organisé par 24h et édité par quinzaine sur lequel les équipes soignantes notent tous les soins effectués. Ces fiches sont intégrées au dossier informatisé, mais sont remplies manuellement sur papier et conservées dans un classeur par étage. Ces informations ne sont pas répertoriées par la suite dans le dossier informatisé, la charge de travail étant trop lourde. Il est regrettable que les agents n'aient pas un outil informatique type tablette permettant la saisie des données au moment où les actes sont effectués.

Une fiche de transmission est éditée tous les jours par l'équipe de nuit reprenant les consignes spécifiques à prendre en compte pour chaque résident.

L'accompagnement à l'autonomie et à la socialisation

La toilette

Les premières toilettes commencent à 7h et les dernières ont lieu vers 12h-12h30.

Le matin, l'effectif soignant est de 5 aides-soignantes : 4 en 6h45-14h45 et 2 agents en coupure (7h-12h30 puis 18h-20h).

La répartition des effectifs se fait par étage :

- R-1 : 1 agent pour 15 résidents (agent en coupure)
- R0 : 2 agents pour 25 résidents
- R+1 : 2 agents pour 25 résidents
- Un agent en coupure est mobile sur les étages.

Au R-1 et R+1, les toilettes sont faites par un agent, et au R0, le plus souvent à deux, cet étage logeant les résidents les plus dépendants. Chaque soignant effectue donc entre 12 à 15 toilettes par jour.

Chaque agent dispose d'un plan de soins individualisé des résidents indiquant pour chaque résident l'accompagnement à effectuer (toilette complète au lit ou au lavabo, aide à la toilette, aide à l'habillage, mise au fauteuil, etc....).

En cas de refus de toilette, le personnel commence par négocier avec le résident. En cas d'échec, le refus est respecté et est abordé lors des transmissions d'équipe et tracé dans le plan de soins individualisé.

Alum

L'organisation des toilettes est assez rigide, les équipes commençant soit au début, soit à la fin de chaque couloir, laissant peu de place au souhait des résidents de voir adapter l'horaire de leur toilette.

Un planning des douches est établi, organisant une douche par semaine, par numéro de chambre.

Une procédure toilette a été élaborée en 2013 avec pour objectif de formaliser la conduite à tenir lors de la réalisation des actes de soins relatifs à la toilette des résidents de l'établissement (sécurité du résident, respect de la pudeur, maintien de l'autonomie, ...).

Les repas

Les repas peuvent être pris :

- en salle à manger intérieure (au +1 ou au 0),
- en chambre,
- au salon des familles au R-1

Les horaires des repas sont :

- petit déjeuner, servi en chambres, entre 8h et 9h30
- déjeuner, servi dans la salle à manger à partir de 12h
- une collation est distribuée vers 15h30
- dîner, servi dans la salle à manger, à partir de 18h20

Le petit déjeuner est préparé en cuisine à 7h, puis les agents d'entretien préparent les chariots de distribution et vont dans les étages. Ils installent et aident les résidents les moins autonomes à la prise du petit-déjeuner. Ils desservent enfin et fournissent un verre propre et remplissent le pichet d'eau.

Les équipes de restauration mettent la table pour le repas de midi et réceptionnent les commandes. Ce sont les ASH, AS et l'animatrice qui assurent le déplacement des résidents vers le lieu de prise du repas, qui servent et qui assistent les résidents pour manger selon leur autonomie. La durée de la prise des repas est de 45 min à 1h. Les AS ou ASH distribuent le plateau repas en chambre si le résident ne peut pas venir en salle à manger. Le soir, la salle de restauration du niveau 0, celle où se trouvent les résidents les plus dépendants, compte une dizaine de personnes au lieu de 20 le midi. Il n'y a pas d'équipe de restauration.

Le service est réalisé à l'assiette par le cuisinier au niveau + 1 et porté en bac au niveau 0 (sauf les repas mixés préparés avec des ramequins). Une feuille recensant les dégouts, allergies, prescriptions médicales, régimes des résidents est affichée dans la cuisine pour aider au bon service. Une substitution en entrée et pour le plat chaud est préparée pour les résidents qui n'aiment pas ou ne peuvent manger le plat du jour proposé.

Le nombre de personnes mangeant mixé varie en fonction des indications de l'infirmier du jour. C'est pourquoi le cuisinier a mis en place une feuille qui est complétée tous les matins par l'IDE. Une attention particulière a été portée aux résidents mangeant mixés, qui ont le même menu que les autres (sauf pour le riz remplacé par de la purée de céleri) avec une présentation dans des ramequins. Un appareil permettant d'obtenir le même goût pour les aliments mixés a été acquis par l'établissement.

Les AS et ASH accompagnent les résidents en chambre ou dans les lieux communs sociaux (salons).



Il n'y a pas de tisane ou autre boisson chaude proposée la nuit (manque de temps). Toutefois, des gâteaux ou compotes sont stockés dans l'infirmerie pour les résidents ayant faim et sont proposés par l'équipe de nuit.

A chaque repas, du vin est proposé aux résidents. La viande est d'origine française, les légumes sont frais ou surgelés. Les desserts sont souvent faits maison. Pour la collation, 6 gâteaux différents sont proposés, avec des sirops différents et 5 jus de fruits. Les gâteaux d'anniversaire sont préparés par la cuisine, lorsque tout le personnel de cuisine est présent. Des efforts sont également réalisés lors des repas de fête.

Certains résidents souhaiteraient que des boissons gazeuses soient proposées (eau pétillante, bière). De plus, des résidents diabétiques aimeraient pouvoir profiter de plus de desserts adaptés faits maison comme ceux proposés aux autres usagers.

Il n'y avait plus de réunions de la commission des menus depuis le départ du médecin coordonnateur en 2012. Depuis le 3 novembre 2014 une commission de restauration a été remise en place.

Les résidents et le personnel estiment que la nourriture est excellente et de bonne qualité. L'enquête de satisfaction 2014 auprès des résidents montre une augmentation de 40% de la satisfaction des résidents par rapport à celle de 2013. Les évaluateurs saluent également la qualité des repas pris sur place.

L'animation

L'établissement dispose de deux animatrices à plein temps qui interviennent du lundi au vendredi et un samedi tous les 15 jours.

Les deux animatrices ne proposent pas les mêmes animations aux résidents. L'une est plus centrée sur des activités en petits groupes (soins de confort, courses, actes du quotidien), l'autre s'occupe des activités avec les résidents plus autonomes (activités autour des tables (jeux, livres), remue-méninges autour des 5 sens, gymnastique adaptée, discussions sur un thème, jeux de mots, revue de presse, projection de films, musique et chants, chiens visiteurs).

Le planning des animations de groupe est élaboré le lundi en début d'après-midi puis affiché à côté des ascenseurs. Une gazette mensuelle retraçant les principaux moments-clés est élaborée par l'animatrice avec des photos.

Une commission animation mise en place avec la qualitiennne en 2013 se réunissait tous les trimestres en présence des résidents et du directeur pour parler des souhaits et goûts en matière d'activités proposées. Une seule réunion a eu lieu en janvier pour l'année 2014.

Peu d'animations sont réalisées en lien avec la cuisine. Il arrive qu'un atelier épluchage ait lieu dans le grand salon, ou que l'animatrice demande à la cuisine de préparer les ingrédients et plats nécessaires à la confection de gâteaux. La semaine de l'évaluation, un gâteau aux pommes était prévu au planning. Cependant, la semaine du 13 au 17 octobre était la semaine du goût et aucune décoration ni animation n'étaient faites autour du thème. En cuisine, par contre, le menu comprenait des plats inhabituels comme un plat mexicain avec une sauce pimentée.

Il n'y a pas eu de sorties effectuées en 2014. Peu de partenaires sont intervenus cette année, sauf pour fêter les anniversaires. Des musiciens interviennent pour participer à ce moment.

Des bénévoles de l'Aumônerie interviennent tous les jeudis.



Le maintien des liens sociaux

Un arrêt de bus qui permet d'aller en ville se trouve juste à côté de la résidence. Des sorties pour aller au marché étaient organisées en 2013.

L'animatrice distribue et lit le courrier aux résidents qui le souhaite. De plus, elle peut aider à la rédaction de courriers.

L'établissement ne dispose pas d'une connexion internet pour les résidents. L'accès aux emails ou à Skype n'est donc pas possible.

L'organisation de sorties

L'établissement n'a pas organisé de sorties en 2014.

L'accompagnement à la santé

Prévention et gestion de la douleur

La prévention et la gestion de la douleur ont fait l'objet d'un protocole élaboré en 2013.

La prise en charge de la douleur est organisée et coordonnée avec la nécessité pour le personnel soignant :

- d'identifier toute modification du comportement pouvant correspondre à une douleur et de repérer tout soin douloureux
- d'évaluer la douleur, quelle que soit l'intensité attendue de la douleur au moyen d'échelles spécifiques
 - Pour la personne communicante et n'ayant pas de troubles cognitifs : Echelle Visuelle Analogique (EVA) ou Echelle Verbale Simple (EVS)
 - Si la personne a des troubles de la communication et ou cognitifs ; Echelle ALGOPLUS en 1^{ère} intention puis DOLOPLUS 2 faite par IDE en collaboration avec l'AS.
- de transmettre le résultat de l'évaluation au Médecin et de le retranscrire sur le PSI dans la cible « douleur » afin que le médecin puisse traiter la douleur.
- de traiter la douleur en fonction de la prescription médicale

Le taux d'évaluation de la douleur fait partie des 15 indicateurs retenus dans le cadre de la politique qualité de l'établissement. Au cours du 1^{er} semestre 2014, seuls 3,08% des résidents ont eu une évaluation de la douleur.

Prévention et gestion des chutes

La prévention et la gestion des chutes ont fait l'objet d'un protocole élaboré en 2013.

- La prévention : les soignants ont pour consigne entre autre de surveiller que les apports nutritionnels et liquidiens soient en quantité suffisante, de surveiller la tension artérielle régulièrement, d'effectuer un contrôle de la glycémie systématiquement à chaque malaise et de s'assurer que les chaussures sont en bon état et bien adaptées
- Le signalement : toute chute fait l'objet d'une déclaration dans la fiche de déclaration de chute « L'Antichute (MSA) », signée par le soignant qui constate la chute qui remplit également une déclaration sur le PSI. L'infirmière complète la fiche de

déclaration de chute avec des éléments cliniques avant de la remettre au médecin coordonnateur qui lui même doit la viser.

- La prise en charge : dès qu'il y a une chute, une concertation est faite en équipe pluridisciplinaire pour analyser la cause et apporter une solution rapide, adaptée, et personnalisée.

Si une contention doit être réalisée, celle-ci ne se fait que sur prescription médicale datée, signée et indiquant la durée. Un protocole contention a été réalisé rappelant que la contention est une mesure exceptionnelle aussi brève que possible et cesser dès que l'objectif visé est atteint et qu'il est nécessaire autant que possible de rechercher l'accord du résident et sa participation, afin la contention ne soit pas ressentie comme une contrainte ou une punition. Toute contention est reconduite ou modifiée après une réévaluation de l'intérêt et des conséquences sur l'état de santé de la personne âgée, par une prescription médicale motivée, le plus fréquemment possible.

Dans les faits, il apparaît que certaines contentions ne sont pas prescrites, les médecins traitants ne comprenant pas la nécessité de toujours signifier cette prescription.

Le médecin coordonnateur effectue dans son rapport d'activité annuel un bilan détaillé des chutes. Cette analyse porte sur le nombre de chutes recensées, nombre de chutes par résident, la survenue des chutes en fonction de l'horaire, répartition des lieux, des circonstances, de l'état de dépendance du résident, l'analyse des causes et des conséquences.

Le taux de chutes des résidents et le taux de contention font partie des 15 indicateurs retenus dans le cadre de la politique qualité de l'établissement. En 2012, 67,7% des résidents avaient fait au moins une chute et en 2013, 26% des résidents avaient fait l'objet d'une mesure d'au moins une contention.

Prévention et gestion du risque d'escarres

La prévention et la gestion des escarres ont fait l'objet d'un protocole élaboré en 2013.

- La prévention : Lorsque le diagnostic infirmier de risque élevé d'atteinte à l'intégrité de la peau est posé, l'équipe soignante doit :
 - maintenir le résident dans un état d'hygiène optimal : (toilette complète une fois par jour et plus si nécessaire, changer la personne autant de fois que nécessaire, vérifier la literie à chaque change, ...)
 - éviter l'immobilité (changements de position toutes les 2 à 3 heures, de jour comme de nuit), manipuler avec douceur
 - activer la vascularisation des tissus par la technique d'effleurage
 - limiter la pression sur les points d'appui
- L'évaluation est faite avec l'échelle de NORTON disponible sur le PSI (sous « Evaluations ») en collaboration avec l'infirmière et / ou le médecin coordonnateur, qui pourra ensuite émettre des suggestions concernant un matériel adapté à une prévention optimale.
- La prise en charge / traitement d'une escarre est mis en place en collaboration avec le médecin traitant et l'infirmière incluant la prescription du matériel adapté (matelas à air/ coussin de positionnement) et de compléments alimentaires hyperprotéiques.

Le taux d'escarres acquises à l'EHPAD fait partie des 15 indicateurs retenus dans le cadre de sa politique qualité. En juin 2013, aucune escarre n'avait été relevée.

Au 24 juin 2014, 2 escarres ont été acquises dans l'établissement.

Prévention et gestion du risque de dénutrition et déshydratation

La prévention et la gestion de la dénutrition ont fait l'objet d'un protocole élaboré en 2013.

Dès son entrée dans l'établissement, les données du résident sont recueillies (taille, poids) pour calculer l'IMC. Un recueil de ses allergies, goûts et dégoûts est également effectué.

Le suivi mensuel du poids est organisé et tracé dans le PSI. Le taux de résidents pesés une fois par mois fait partie des 15 indicateurs retenus dans le cadre de la politique qualité de l'établissement. Mesuré en mai 2013, ce taux était de 81,5%. Au 24 juin 2014, 14 résidents ont été pesés au moins 3 fois au cours des 3 derniers mois soit un taux de 21,54%.

Les soignants ont pour consigne de surveiller l'hygiène bucco-dentaire des résidents, les périodes de constipation (en lien avec l'infirmière), de remplir la fiche de suivi alimentaire lorsque mise en place, et de réévaluer régulièrement les textures des aliments proposés au résident.

Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

Le taux d'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement fait partie des 15 indicateurs retenus dans le cadre de la politique qualité de l'établissement. Il est mesuré à partir d'une échelle d'observations des troubles du comportement incluse dans le PSI.

A ce jour, aucune évaluation n'a été réalisée.

Le circuit du médicament

L'EHPAD « La Résidence du Plantier » ne dispose pas de pharmacie à usage interne.

Chaque résident a le libre choix de sa pharmacie. Il y a donc des commandes dans les 5 pharmacies de la ville. Les commandes sont faxées et les médicaments livrés en sacs.

A la réception des commandes, l'infirmière de service répartit les boîtes dans les tiroirs correspondants de chaque résident. C'est à partir de ces boîtes que sont faits les piluliers hebdomadaires. Les piluliers sont préparés le mardi pour les résidents du R-1, le week-end pour les résidents du R0 et R+1 à partir des fiches de traitement informatisées nominatives du dossier de soins.

En journée, ce sont les infirmières qui distribuent les médicaments et s'assurent de la prise des médicaments par les résidents. Il n'y a pas de traçabilité de la prise des médicaments, considérée comme une charge de travail trop lourde. Ce problème a été discuté au sein des équipes, la solution serait que les infirmières puissent saisir au moment de leur tournée la prise des médicaments sur une tablette en lien avec le dossier de soins informatisé. Il n'y a pas non plus de système d'identitovigilance mise en place pour l'administration des médicaments.

Les somnifères préparés par l'infirmière sont distribués le soir par l'équipe de nuit (AS).

Les médecins traitants saisissent directement dans le logiciel du dossier de soins le renouvellement des traitements.

L'armoire à pharmacie fermée à clés se trouve dans l'infirmierie (accessible par digicode). L'armoire des toxiques est un coffre fermé à clé et seules les infirmières ont accès aux clés.

A noter, qu'aucun pharmacien ou préparateur n'a délivré de conseil ou d'expertise auprès du personnel infirmier de l'EHPAD, ce qui théoriquement doit faire partie de leur mission.

Continuité des soins

La continuité des soins médicaux est assurée par les médecins traitants. A ce jour, les 10 médecins libéraux de la ville de Sarlat et un médecin de la ville de Cénac assurent le suivi de l'ensemble des résidents, chaque médecin assurant le suivi de 6 à 10 résidents.

La continuité des soins paramédicaux est assurée par les infirmiers (4 agents pour 3 ETP), chaque jour un infirmier étant présent de 8h à 19h30. Il n'y a pas d'IDE présente la nuit, l'effectif présent étant 1 aide-soignant + 1 agent de service hospitalier. Une astreinte de nuit téléphonique est assurée quotidiennement par une infirmière.

En cas de situation d'urgence, une procédure a été mise en place décrivant les indications de détresse vitale nécessitant l'appel au centre 15. Un dossier de liaison urgence (DLU) est constitué avec le traitement en cours, les antécédents et les observations du dossier médical.

La permanence médicale des soins (garde de nuit, week-end et jours fériés) est régulée par le centre 15.

Accompagnement de la fin de vie

Une procédure / protocole a été élaboré en 2013 avec pour objectif de formaliser les conduites à tenir dans l'accompagnement de la fin de vie d'un résident.

Le taux de recueil des souhaits en fin de vie fait partie des 15 indicateurs retenus dans le cadre de la politique qualité de l'établissement. En 2013, le recueil des souhaits en fin de vie avait été réalisé auprès de 49% des résidents. Au 24 juin 2014, 29 résidents sur 65 ont formulé leurs souhaits de fin de vie (contrat obsèques, souhaits de fin de vie ou personne de confiance).

4.4.2. Synthèse et recommandations

Forces

Locaux agréables et adaptés
Qualité de la cuisine
De nombreux protocoles de soins (douleur, escarre, chutes, suivi nutritionnel, contention,...) et procédures.
Plan de soins individualisé

Points à améliorer

La gestion de la liste d'attente
La personnalisation de l'accompagnement
Animation : sorties, activités et organisation
Organisation de l'entretien et du service lors des repas
La traçabilité de l'administration du médicament
Des contentions pas toujours prescrites
L'application des protocoles de soins
Le suivi de l'ensemble des indicateurs qualité définis

4.4.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions stratégiques

- Actualiser les documents relatifs aux critères d'admission, pour ne plus distinguer la ville de Sarlat de la communauté des communes du Sarladais
- Reconsidérer le rôle, l'organisation et les modalités de travail de l'équipe du secteur animation

Préconisations/ propositions opérationnelles

- S'assurer du bon fonctionnement de la commission d'admission et revoir le mode de gestion de la liste d'attente
- Elaborer une procédure pour la période d'adaptation
- Elaborer les projets d'accompagnement personnalisés pour améliorer l'accompagnement individuel des résidents
- Former à nouveau les professionnels à l'utilisation du logiciel PSI
- Travail à effectuer sur le circuit du médicament en lien avec les pharmaciens de ville et arriver à une traçabilité de l'administration du médicament (à noter qu'un travail de partenariat avec la PUI du CH de Sarlat est en cours)



- Poursuivre les réflexions sur l'organisation du travail pour une prise en charge plus pluri professionnelle
- Accueillir des stagiaires de lycées hôteliers pour améliorer la qualité du service et/ou former les ASH et AS servant à table au métier de restauration
- Tracer le suivi du ménage et détailler davantage les tâches à effectuer par les agents d'entretien au quotidien pour harmoniser les pratiques entre les agents
- Aider l'animatrice au transfert des résidents pour que tous ceux qui le souhaitent puissent participer aux activités
- S'assurer d'un suivi régulier des indicateurs qualité
- Engager une réflexion sur les horaires de repas pour que le jeûne nocturne soit diminué



4.5. L'organisation des ressources humaines

4.5.1. Résultats de l'analyse détaillée

Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences

La procédure d'accueil des nouveaux professionnels et stagiaires

Le recrutement d'un nouveau professionnel se fait après sélection des CV par entretien avec le directeur de l'établissement. Depuis l'arrivée du cadre de santé, cet entretien est fait en binôme (directeur et cadre) quand il s'agit de recevoir un soignant.

A l'arrivée dans l'établissement, les nouveaux professionnels bénéficient d'un accompagnement qui se limite à un poste en doublure sur une durée de deux à trois jours. Il n'y a pas de livret d'accueil du personnel, et l'établissement ne dispose pas non plus de règlement intérieur. L'élaboration d'un livret d'accueil du personnel est inscrit au PACQ

Le turn-over est relativement faible et l'essentiel des nouveaux recrutements ont porté sur des contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE) à partir de 2012, compte tenu d'une demande de renforcement de la part des soignants pour faire face à l'alourdissement de la charge de travail liée à l'élévation de la dépendance des résidents. A ce jour, 9 CAE sont en poste, mais qui ne sont pas financés et qui sont à l'origine d'un déficit de l'ordre de 100 000 € pour l'année 2014. L'objectif affiché aujourd'hui est donc de réduire la masse salariale.

Des stagiaires sont accueillis dans l'établissement. Il s'agit principalement d'élèves de lycées professionnels en section sanitaire et social, d'écoles d'aides soignants ou d'institut de formation de soins infirmiers. Il n'y a pas de guide spécifique remis aux stagiaires lors de leur arrivée.

Les réunions

Les réunions les plus instituées sont les transmissions quotidiennes pour les équipes soignantes.

D'autres réunions ont été mises en œuvre depuis le 1^{er} septembre 2014 :

- Staff tous les lundis entre l'équipe de direction et l'encadrement intermédiaire,
- Réunion de service mensuelle avec tous les personnels,
- Réunion de synthèse hebdomadaire le lundi entre 14h et 14h30.

La participation des personnels est sollicitée dans le cadre des démarches institutionnelles telle que par exemple la réalisation de l'évaluation interne qui a associé un très grand nombre de professionnels.

Plus récemment plusieurs réunions ont été faites dans le cadre d'une réflexion sur les réorganisations de travail et avec la médecine du travail sur les risques psycho-sociaux.

Le soutien aux professionnels

Dans le cadre de la convention passée avec Pallia 24, l'établissement peut faire intervenir un psychologue. Ce psychologue peut intervenir auprès des familles et des professionnels (groupe de parole). Dans les faits, il y a peu d'interventions.



Une demande de mutualisation d'un temps psychologue avec le centre hospitalier de Sarlat est prévue par l'établissement auprès des résidents et des professionnels

L'absentéisme

Sur les 10 premiers mois de l'année 2014, l'absentéisme a été très important. 1 821 journées d'arrêt de travail ont été recensées, soit un taux d'absentéisme de l'ordre de 20%. Par ordre décroissant, on relève 978 jours pour maladie ordinaire (53,6%), 317 pour accident de travail (17,4%), 512 pour longue maladie (28%) et 14 jours pour congés pathologiques.

Il faut noter que l'établissement n'applique pas la règle de réduction des jours de RTT en cas de maladie, contrairement aux dispositions réglementaires s'appliquant aux trois fonctions publiques. Pour les agents bénéficiant de RTT, essentiellement les soignants, le quota de RTT s'élève à 19,5 jours, portant le nombre total de jours de congés à 54 jours. Il est certain que la non application de la règle de réduction des jours de RTT en cas de maladie peut être considéré comme un système ne favorisant pas le présentisme.

L'organisation des remplacements

Quand les absences du personnel soignants (AS/ASH) sont remplacées, il est toujours fait recours aux mêmes personnes, 2 à 3 personnes. Il n'y a pas de recours à l'intérim.

L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences)

La gestion prévisionnelle des compétences

Il n'y a pas de réelle gestion prévisionnelle des compétences mise en place, compte tenu de la taille de l'établissement.

Des fiches de postes sont en place.

Depuis plusieurs années, l'établissement souhaitait recruter un cadre de santé, mais poste qui était refusé par l'ARS. Ceci a pu être fait en septembre 2014, grâce au gel du poste du directeur d'établissement, l'intérim de direction étant actuellement assurée par le Directeur du CIAS.

En termes de besoin de compétence complémentaire est également identifié du temps de psychologue qui devrait être recherché dans le cadre d'une convention avec le centre hospitalier de Sarlat.

Les entretiens annuels

Chaque agent bénéficie d'un entretien annuel, réalisé par le directeur de l'établissement. Une fiche d'évaluation est réalisée qui intègre ensuite le dossier de l'agent, dossier tenu en double : au sein de l'EHPAD et au CIAS.

Le plan de formation

Un début d'année un document est transmis par le CIAS pour recueillir les souhaits des agents.

Une fois renseigné, ce document est transmis par le CIAS au CNFPT (Centre National de Formation de la Fonction Publique Territoriale) qui effectue alors les arbitrages en fonction

des places disponibles. Dans les faits, il n'y a pratiquement pas ou peu de possibilité d'accès à ces formations.

Les formations sont donc essentiellement réalisées en interne et limitées aux obligations telles que sécurité incendie, gestes de premier secours. Un kinésithérapeute extérieur réalise des formations sur les gestes et postures.

Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines

Il n'y a pas de temps d'échange réguliers, hormis les transmissions pour les équipes soignantes, permettant à l'ensemble des professionnels de l'établissement d'exprimer leurs difficultés. Cependant, avec la mise en place de réunions fixes depuis le 1^{er} septembre, ces échanges devraient être favorisés.

Néanmoins, suite à la demande des professionnels et après une réunion avec la médecine du travail, trois groupes de travail sur les risques professionnels ont été récemment mis en place. L'étude des risques professionnels a été menée sur les activités par poste de travail. Les risques associés sur les actions et leurs fréquences ont été identifiés. Pour 90% des postes, les risques sont soit psychosociaux, soit de manutentions. Des comptes-rendus de chaque réunion ont été rédigés et un document de travail élaboré. La réunion de synthèse n'a pas encore été menée, l'établissement est en attente du retour du centre de gestion.

Le dialogue social

Il n'a pas pu être donné de renseignements particuliers sur ce sujet à l'évaluateur externe.

↓
Man - peu de travail de travail sur risques professionnels.

Alum

4.5.2. Synthèse et recommandations

Forces

Prise en compte des risques professionnels

Points à améliorer

Absence de livret d'accueil pour les nouveaux professionnels et les stagiaires

Absence d'un règlement intérieur

Absence de GPEC

Absentéisme

4.5.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions stratégiques

- Mettre à profit la réalisation du projet d'établissement pour élaborer un projet social pour traiter les sujets sur :
 - La mise en place d'une GPEC
 - La prévention de l'absentéisme
 - La politique de formation

Préconisations/ propositions opérationnelles

- Réaliser un livret d'accueil pour les nouveaux professionnels et les stagiaires intégrant notamment des éléments relatifs à l'accompagnement des résidents (prévention maltraitance, respect des droits, signalements...).
- Développer les formations internes sur les pratiques professionnelles (accompagnent fin de vie, prévention et prise en charge de la détérioration cognitive, des troubles psychiatriques et de l'humeur, prévention de la maltraitance, etc...).



4.6. Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographiques, socioculturel et économique

4.6.1. Résultats de l'analyse détaillée

Perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires

L'établissement n'a pas mis en place de politique de communication externe. Il ne dispose pas de site internet. Il n'explique pas ses valeurs et ses missions à ses partenaires, que ce soit les proches ou les fournisseurs/prestataires. L'établissement a relativement peu de partenariats extérieurs. Toutefois, les intervenants contactés estiment que l'établissement offre un bon accompagnement malgré des difficultés organisationnelles internes qui devraient se résorber avec l'arrivée du nouveau cadre de santé et du médecin coordonnateur.

Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) de formalisation, natures et effets des partenariats: niveau développés

Plusieurs partenariats ont été mis en place avec l'EHPAD du « Plantier », toutefois aucune de ces conventions n'a été réévaluée :

- Convention de partage d'un véhicule aménagé pour les personnes en fauteuils roulants avec l'EHPAD de Carsac, le service d'accueil de jour de la Croix Rouge et le centre hospitalier de Sarlat. La date de signature de ce partenariat n'apparaît pas dans le document. Il définit les modalités d'utilisation du véhicule entre les 4 structures.
- Convention d'un temps partagé de qualicien avec l'EHPAD de Carsac. Il n'y a pas de date de signature. L'intervention du qualicien entre les deux structures est définie dans la convention.
- Convention avec l'HAD du Centre Hospitalier de Sarlat signée en 2011 qui définit les modalités d'intervention de l'HAD au sein de l'EHPAD.
- Convention de coopération avec l'accueil de jour autonome de la Croix Rouge de Sarlat datant de 2009. Ce partenariat vise à faciliter l'arrivée en maison de retraite des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en mettant en place des animations conjointes. Les évaluateurs n'ont pas constaté d'interactions actives entre les deux structures.
- Convention avec Pallia 24 (réseau de soins palliatifs et d'accompagnement) datant de 2008. Cette convention permet l'accompagnement des résidents et des proches en fin de vie, ainsi que la possibilité pour l'EHPAD de bénéficier de formations pluridisciplinaires.
- Convention avec le Centre Hospitalier de Sarlat pour la prise en charge des résidents de la résidence du « Plantier » pour les urgences médicales et chirurgicales et pour des bilans gériatriques programmés. Cette convention date de 2004.
- Convention avec les kinésithérapeutes intervenant dans l'établissement, signée en 2011

- Convention avec le Centre de Gestion de Dordogne pour l'intervention d'une psychologue auprès des professionnels signée en 2009 mais qui n'est plus utilisée aujourd'hui.

Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu

Des formations manutention ont été mises en place au cours de l'année 2011 sur demande du directeur à l'un des kinésithérapeutes intervenant dans l'établissement. Celui-ci effectue des rappels anatomiques, montre les postures adaptées pour la prise en charge des résidents qui chutent et comment utiliser correctement un verticalisateur. Cette formation est destinée à l'ensemble des soignants (ASH, AS et IDE) et a eu lieu six fois en trois ans. Les soignants interrogés estiment que la formation est très utile.

Contribution et modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution et à la modification de son environnement

L'établissement n'a pas de conventions avec des partenaires dans le secteur animation. Une des animatrices fait ponctuellement appel à des intervenants extérieurs, notamment pour fêter les anniversaires. Ce sont des musiciens et chanteurs.

D'autre part, un échange intergénérationnel informel a eu lieu, plusieurs années consécutives avec l'école anglaise de Domme. Ce partenariat a eu lieu une fois en début d'année 2014, avec des chants mais n'a pas été renouvelé au cours de l'année.

Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions

Les kinésithérapeutes se concertent avec l'infirmier le matin en arrivant pour transmettre des informations et réaliser les changements de patients. Lorsque les kinés ont un élément à signaler, ils utilisent PSI, dans leur partie dédiée, et le signalent aussi oralement aux soignants.

Comme les projets personnalisés ne sont pas en place, les intervenants extérieurs ne sont pas sollicités pour apporter leur expertise auprès de certains résidents.

Les bénévoles

L'établissement n'a pas de convention passée avec des bénévoles. Les seuls intervenants viennent pour l'Aumônerie tous les jeudis. Ils interviennent auprès des résidents dans les chambres et pour la messe qui se déroule le jeudi après-midi.

Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS

Une convention a été passée avec l'EHPAD de Carsac-Aillac pour le partage d'un véhicule, la date de signature n'est pas mentionnée dans le document. Ce mini-bus est mis à disposition de l'établissement sur demande et permet de réaliser des activités à l'extérieur. Toutefois, il est peu utilisé.



4.6.2. Synthèse et recommandations

Forces

Partenariats en place avec les principaux partenaires sanitaires du bassin

Points à améliorer

La formalisation des partenariats en animation

Bénévolat

Évaluation des partenariats en cours

4.6.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions opérationnelles

- Formaliser des conventions avec l'ensemble des partenaires en animation (chanteurs, bénévoles de l'aumônerie, écoles...) permettant de situer le cadre réciproque des interventions et la garantie du respect des droits des usagers
- Développer le bénévolat en recherchant des associations qui pourront aider à l'animation.
- Revoir les conventions passées avec les partenaires pour évaluer leur efficacité aujourd'hui et si besoin, redéfinir le champ d'intervention.

« Il convient d'analyser les spécificités et plus-values du territoire ainsi que les coopérations à poursuivre ou à mettre en œuvre ».³

³ « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ANESM, juin 2012

4.7. La personnalisation de l'accompagnement

4.7.1. Résultats de l'analyse détaillée

Personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes d'urgences

L'accueil est ouvert de 9h à 17h du lundi au vendredi. Au delà de 17h en semaine et les week-end, la permanence téléphonique est assurée par l'infirmière.

Tous les accueils entrants passent par le standard qui transfère les appels ensuite.

L'accueil a également pour mission de trier et distribuer le courrier aux résidents.

Des lignes directes peuvent être installées dans les chambres des résidents.

En cas d'urgence, une infirmière est toujours d'astreinte et joignable.

La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS

La procédure de projet personnalisé

Au sein de l'EHPAD « Le Plantier » le projet personnalisé prend l'appellation de Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

La démarche du PAP a fait l'objet d'une procédure en avril 2013. Cette procédure prévoit que :

- dès l'entrée d'un nouveau résident, un des « référents accueil » procède à l'accueil et recueille les données relatives au questionnaire « Parlez-nous un peu de vous » et qu'il saisit ensuite les habitudes de vie sur le PSI.
- Pendant les 2 ou 3 jours suivant l'entrée, 2 soignants (dont idéalement le référent ayant effectué l'entrée) saisissent le plan de soins du résident.
- Pendant la première semaine, le document « parlez-nous un peu de vous » se complète au travers des différents échanges avec les soignants, la secrétaire (infos via les familles), les IDE / MC et les animatrices – il est conservé et régulièrement consulté par tous.
- En préparation de la synthèse, le référent prépare les priorités quant aux besoins et attentes à satisfaire grâce à la mise en place du PAP.
- Une synthèse est ensuite organisée (3 semaines maximum suivant l'entrée) au cours de laquelle :
 - o Le référent présente le résident selon leur rencontre lors de l'accueil
 - o La secrétaire ajoute des données quant aux aspects administratifs / familles
 - o Le médecin coordonnateur présente les pathologies et données médicales clé pour la prise en charge
 - o L'IDE remplit la grille AGGIR avec l'équipe soignante
 - o L'équipe pluridisciplinaire (soignant, secrétaire, animation, ...) élabore le PAP du résident, en se référant aux priorités identifiées par le référent.
 - o Une traçabilité du PAP (observations, actions, décisions, suivis...) et un suivi planifié (date alerte) est faite dans le PSI

Une formation sur le projet personnalisé a eu lieu en 2011 avec le médecin coordonnateur de l'établissement de l'époque.

Toutefois, ces procédures et formations n'ont pas été mises en application dans l'établissement, seul le recueil de l'histoire de vie est réalisé actuellement. Des projets datant de 2011 ont été trouvés, toutefois, il s'agit plus d'une anamnèse que d'un projet personnalisé.

La trame des projets personnalisés

Des projets de vie anciens figurent sur le logiciel mais ne sont plus pris en compte. Pour l'instant, seul un recueil de données « parlez-nous de vous » est en place. Il n'y a pas de trame formalisée et utilisée pour le moment.

Les possibilités de recours au réseau dans les projets personnalisés proposés

Il n'y a pas de recours au réseau effectué par l'établissement pour l'instant.

Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant. Réalité de l'usager co-acteur de son projet personnalisé.

Comme les projets personnalisés ne sont plus réalisés, il n'existe pas d'organisation mise en place. L'établissement souhaite nommer un soignant référent pour chaque projet personnalisé mais ce n'est pas réalisé actuellement. Il n'y a pas de réunion de synthèse pluridisciplinaire mise en œuvre.

Les usagers et familles ne connaissent pas l'existence et l'utilité du projet personnalisé.

Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire

Les outils de recueil des attentes et des besoins de l'usager pour favoriser son expression

Des outils ont été mis en place dans l'établissement pour recueillir l'histoire de vie du résident. Un questionnaire « parlez-nous un peu de vous » est remis à l'usager à son entrée dans l'établissement. Un autre questionnaire « vous qui le connaissez si bien » est transmis à la famille. Ce sont ensuite les aides soignantes qui doivent remplir ces documents puis les intégrer dans le logiciel PSI pour préparer l'élaboration du PAP.

Les outils d'observation, d'évaluation des professionnels

A l'entrée, la grille AGGIR est utilisée par le médecin coordonnateur pour connaître le degré de dépendance du résident. Un dossier médical est également remis lors de l'admission.

Sur le logiciel PSI, un onglet permet de renseigner le projet personnalisé du résident. Toutefois, il est peu utilisé, et il n'y a pas d'objectifs d'accompagnement inscrits.

Il n'y a pas de trame formalisée de projet personnalisé.



L'approche pluridisciplinaire autour des projets personnalisés

L'établissement a prévu de réaliser des réunions de synthèse autour de chaque résident avec un soignant comme référent. Toutefois, la démarche n'a pas encore commencé.

Le rythme d'actualisation, de suivi et d'évaluation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées

La procédure de suivi des projets personnalisés n'existe pas. Les modalités sont encore à déterminer et à mettre en place. Les projets réalisés en 2011, n'ont pas été suivis ou réévalués au cours du temps.

Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant

Les contenus du dossier des usagers

Les dossiers administratifs contiennent les photocopies de :

- carte d'identité ou livret de famille
- carte vitale et attestation mutuelle
- avis d'imposition
- règlement de fonctionnement et contrat de séjour signé
- formulaire des directives anticipées, plus ou moins rempli (pas d'obligation)
- correspondances avec les tuteurs, l'aide sociale

Le dossier médical et de soins est informatisé et a été implanté en 2009. Il comprend plusieurs parties : dossier médical, dossier de soins infirmiers, dossier kinésithérapie, dossier animation, les fiches de traitement, les fiches de protocoles, etc. C'est également dans ce dossier informatisé que figure le PAP.

La sécurisation des données

Les dossiers administratifs sont conservés dans le bureau de l'agent d'accueil, dans une armoire fermée à clef. En l'absence de l'agent d'accueil, ce bureau est fermé à clef.

Les dossiers médicaux sont informatisés et ne sont accessibles qu'en fonction des droits donnés aux différents professionnels.

Le logiciel APICRYPT, en cours d'installation au moment de l'évaluation, va permettre de sécuriser les résultats de laboratoire grâce à une transmission via une ligne cryptée.

La qualité des écrits dans l'objectif de la lecture d'un usager de son dossier

A la consultation des dossiers, l'évaluateur externe a pu noter que la partie dossier médical n'est pas complétée par tous les médecins libéraux. Il n'y a pas d'observations cliniques ni d'histoires de la maladie ou d'antécédents précis dans la plupart des dossiers. Les choses évoluent quelque peu depuis l'arrivée très récente du médecin coordonnateur qui s'efforce d'amener ses collègues à de meilleures pratiques.

A noter également que si des fiches de protocoles (fiches douleurs, surveillance des contentions) figurent dans le dossier informatisé, elles ne sont pas intégrées dans le dossier médical du résident.

La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers

La structure ne met pas à disposition des personnes accompagnées et éventuellement de l'entourage, une synthèse du projet d'établissement.

Les usagers et les familles rencontrées ne savent pas ce qu'est le projet d'établissement ou le projet personnalisé.



Rapport d'évaluation externe / EHPAD Résidence du Plantier
Page 59 sur 110

4.7.2. Synthèse et recommandations

Forces

Une procédure existante pour l'élaboration du PAP (mais incomplète et non appliquée)
Un dossier médical et de soins informatisés
Des outils pour le recueil de l'anamnèse des usagers sont en place

Points à améliorer

Trame du projet personnalisé définissant des objectifs
La réalisation des projets personnalisés avec une approche pluridisciplinaire et la participation de l'usager à son projet
Tenue des dossiers médicaux des résidents

4.7.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions opérationnelles

- Réaliser les projets personnalisés des résidents :
 - Reprendre et compléter la procédure d'élaboration du projet personnalisé ou PAP (modalités d'association du résident et de la famille, délais de réalisation, définition des objectifs, échéance et critères d'évaluation)
 - Réaliser systématiquement le projet personnalisé de tout nouvel arrivant dans les trois mois qui suivent en utilisant le dossier informatisé PSI. Pour les plus anciens résidents, dans l'attente d'une trame retravaillée, privilégier un projet de vie individualisé « simplifié » à partir des habitudes de vie déjà connues au sein de l'établissement.
 - Co-construire le projet personnalisé avec le résident et le faire viser par le résident afin de s'assurer de son accord (avenant au contrat de séjour)
 - Intégrer l'ensemble des professionnels à la réalisation du projet personnalisé

« Au sein d'un établissement/service, l'ensemble des professionnels qui, d'une manière ou d'une autre, travaillent autour de la situation de la personne accueillie et/ou accompagnée, sont concernés par l'élaboration des projets personnalisés. Si le responsable et le personnel d'encadrement sont garants de la démarche générale, les propositions et analyses de chaque professionnel en lien avec les personnes, doivent être prises en compte et valorisées, quelle que soit la qualification des professionnels »⁴

⁴ « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ANESM, décembre 2008

- Intégrer le recours à des partenaires lorsque leur intervention est pertinente pour le projet de vie individualisé (chorale, centre culturel...)

« Lorsque les attentes ou propositions des personnes, ou les suggestions des professionnels, débordent de la mission de l'établissement, les équipes seront amenées à chercher des réponses auprès d'autres structures ou avec d'autres dispositifs. »⁵

- Synthétiser le projet de vie pour les équipes
- Mettre au point un document d'évaluation annuel reprenant les objectifs du projet de vie individualisé initial

« La pertinence du projet personnalisé sera réinterrogée régulièrement, pour vérifier qu'il va toujours dans le sens souhaité et procéder aux réajustements nécessaires. »⁶

- Sensibiliser les médecins traitants à la tenue des dossiers médicaux

⁵ « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ANESM, décembre 2008

⁶ « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ANESM, décembre 2008



4.8. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

4.8.1. Résultats de l'analyse détaillée

Effectivité des droits individuels et collectifs de participation collective des usagers

Les occasions et les lieux d'expression

Les occasions d'expression des résidents se font au travers du CVS.

Auparavant l'établissement avait également instauré des commissions menus et animation qui se réunissaient régulièrement. Actuellement il n'y a plus de commission menus et la commission animation s'est tenue une fois début 2014.

Des enquêtes de satisfaction annuelles sont également réalisées par l'établissement auprès des résidents et des familles. Les dernières enquêtes ont été menées entre juin et septembre 2014.

Droit à l'information et à la confidentialité

Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD «Le Plantier» informe que « tout résident (qui peut être accompagné de la personne de son choix) et, le cas échéant, de son représentant légal, a accès, sur demande formulée de manière précise, à son dossier médical et de soins (loi du 4 mars 2002). En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, chaque résident dispose des droits d'opposition (art. 26 de la loi), d'accès (art. 34 à 38 de la loi) et de rectification (art. 36 de la loi) des données le concernant. Ainsi, il peut exiger que soient rectifiées, complétées, clarifiées, mises à jour ou effacées les informations le concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont la collecte ou l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. La communication des données peut s'effectuer avec un accompagnement psychologique ou médical approprié si nécessaire. »

Les résidents peuvent avoir accès à leur dossier personnel. Les familles peuvent également avoir accès aux dossiers personnels de leur proche ainsi qu'à leur traitement.

Aucun registre de consultation des dossiers n'est tenu.

Modalités d'organisation du CVS ou autre mode de participation

Le conseil de la vie sociale est en place.

L'établissement n'est pas en conformité avec le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004. En effet, les résidents et familles ne représentent pas la moitié du nombre total de ses membres. *|| CVS non conforme*

Lors du CVS du 13 octobre 2014, aucun résident n'était présent. Toutefois 3 représentants du CIAS, le directeur, 5 représentants des professionnels et 5 familles étaient présents à la réunion.

La présidence du CVS est assurée par un résident en théorie. Dans la réalité, les résidents n'y participent pas. Ils ont des difficultés à assumer le poids de la représentation des autres résidents.

Les membres du CVS sont portés à la connaissance des résidents et familles par voie d'affichage à côté de l'ascenseur. Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins 2 fois par an. Certains CVS sont élargis à l'ensemble des familles.



Le règlement de fonctionnement rappelle que « les représentants des résidents et des familles sont élus par l'ensemble des résidents sans condition de durée de séjour et que pour être éligibles, les représentants ne doivent pas être sous mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle....) ».

Il n'existe pas de règlement intérieur du CVS mais une réflexion à ce sujet a été lancée lors du dernier CVS.

Les élections des représentants des résidents vont avoir lieu en 2015.

Prise en compte, réponse de l'établissement à l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement

Le suivi des décisions prises en CVS ou autre mode d'expression

Chaque réunion du CVS fait l'objet d'un compte rendu. Le suivi des décisions prises est tracé et fait l'objet d'un indicateur intégré au plan qualité de l'établissement. Au 30 juin 2013, le taux de réponse aux demandes du CVS était évalué à 69%.

Les résultats de l'enquête de satisfaction des usagers et celle des familles ont été présentés lors du CVS du 13 octobre 2014 et ont été discutés en séance.

L'évaluateur n'a pas vu de comptes-rendus concernant les commissions de l'établissement.

Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers, modalités d'analyse des informations recueillies

Le soutien aux usagers et à leur représentant pour faciliter l'expression

Une réunion avec toutes les familles a lieu une fois par an. En 2014, avec l'arrivée du directeur par intérim, une confusion a eu lieu entre le CVS et cette réunion des familles. Des invitations ont alors été envoyées à l'ensemble des familles ainsi qu'aux membres du CVS.

D'autre part, des enquêtes de satisfaction annuelles sont réalisées auprès des usagers et des familles. Les thématiques abordées sont les mêmes pour les deux mais les questions sont adaptées. Quinze résidents y ont participé en été 2014. Seuls trois usagers ont pu répondre sans assistance. Les autres ont bénéficié de l'aide du responsable qualité et de l'animatrice. Une restitution en a été faite lors du CVS du 13 octobre 2014 en présence de l'évaluateur.

Les différentes commissions

Au sein de l'EHPAD «La Résidence du Plantier», deux commissions étaient en place.

La commission des menus qui se réunissait trimestriellement. Y participaient :

- la diététicienne
- un cuisinier
- des représentants des résidents
- un représentant du personnel soignant
- le médecin coordonnateur
- le directeur ou son représentant.

Encore très récemment, la commission des menus ne se réunissait plus, l'établissement est en attente d'un diététicien (partenariat avec le centre hospitalier de Sarlat). Depuis le 3 novembre 2014 une commission de restauration a été remise en place.



Un comité d'animation a eu lieu début 2014, organisé par l'animatrice auquel participent des résidents. Toutefois, il n'y a pas de compte-rendu de ce comité.



4.8.2. Synthèse et recommandations

Forces

CVS en place
Enquêtes de satisfaction annuelles auprès des résidents et des familles
Suivi des CVS et des enquêtes de satisfaction
Suivi des actions dégagées en CVS dans le PACQ avec indicateur de suivi

Points à améliorer

Faible taux de réponses aux enquêtes de satisfaction (15 résidents, 16 familles en 2013)
Composition et tenue du CVS, aucun résident lors du dernier CVS
Commissions menus et animation

4.8.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions opérationnelles

- Respecter la composition réglementaire de la composition du CVS lors du renouvellement du CVS en 2015 et garantir aux usagers la possibilité de s'exprimer dans de bonnes conditions (éviter le poids des nombreux professionnels et politiques qui peuvent limiter l'expression des représentants des résidents lors des réunions)
- Mettre en place un agenda institutionnel pour garantir l'expression et la participation des usagers :
 - a minima 3 réunions du CVS par an
 - reprise des commissions menus
 - mettre en place des comptes-rendus suite aux commissions animation et en réaliser au moins 2 par an dont une avant la rédaction du bilan animation annuel
- Réaliser l'enquête de satisfaction auprès des familles en dehors des vacances scolaires pour espérer améliorer le taux de réponses



4.9. La Garantie des droits

4.9.1. Résultats de l'analyse détaillée

Organisation de l'ESSMS pour permettre l'information et l'effectivité des droits contenus dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie

La communication de ses droits auprès de l'usager

La communication de ses droits auprès de l'usager se fait par la remise des outils de la loi 2002-2 aux résidents et familles.

La remise des outils de la loi 2002 à l'usager

LE LIVRET D'ACCUEIL

Un livret d'accueil est remis au moment de la demande d'admission, ou lors de l'admission.

Le document actuel (livret d'accueil en cours d'actualisation) est un document de 8 pages, intégrant de nombreuses photos de l'établissement, qui présente le cadre de vie des résidents (chambres, vie sociale, prestations restauration, coiffure, pédicure), les prestations de soins, les conditions d'admission et les éléments de facturation des frais de séjour. Le livret d'accueil dispose d'une pochette prévue pour recevoir :

- la demande d'inscription
- la liste des documents administratifs à fournir
- Les tarifs de l'année en cours
- Le règlement de fonctionnement
- Le contrat de séjour
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie

LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

La charte des droits et libertés de la personne accueillie constitue l'annexe 7 du règlement de fonctionnement.

Elle est annexée au livret d'accueil et affichée dans l'établissement.

LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le règlement de fonctionnement a été actualisé en janvier 2011.

Il est présenté en 3 chapitres.

Le chapitre Garantie des droits des usagers, fait état du projet de vie institutionnel en indiquant que « L'EHPAD Résidence du Plantier est un lieu de vie et de soins qui s'est donné pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins, que l'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents. Dans cet esprit, le personnel aide quotidiennement les résidents à accomplir les gestes essentiels concernant la toilette, les autres soins du corps (coiffage, rasage,...), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes les mesures favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que de se substituer à eux



et de « faire à leur place ». De plus, il favorise la vie sociale du résident en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement et respecte ses choix, chaque fois que cela est possible. »

Dans ce même chapitre, il est rappelé que « l'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la Personne Agée Dépendante qui répond à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie » et que les résidents ont droit au respect des libertés fondamentales (respect de la dignité et de l'intégrité, respect de la vie privée, liberté d'opinion, liberté de culte, droit à l'information, liberté de circulation, droit aux visites) ».

Le conseil de la vie sociale, le conseil d'administration y sont présentés. Les règles de confidentialité, d'accès au dossier du résident sont décrites. Ce chapitre informe également le résident qu'au titre de la prévention de la violence et de la maltraitance, « la Direction donnera les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence active ou passive dont elle pourrait avoir connaissance et que les personnels ont l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions. Ils sont alors protégés conformément à la législation en vigueur ».

Le chapitre Fonctionnement de l'établissement rappelle le régime juridique de fonctionnement, le public accueilli, le processus d'admission, mentionne le contrat de séjour, les conditions de participation financière et de facturation, les règles de sécurité des biens et des personnes.

Le chapitre Règles de vie collective indique les règles de conduite (respect d'autrui, sorties, visites, alcool/tabac, sécurité, respect des biens), l'organisation des locaux privés et collectifs en précisant « qu'il est possible et conseillé de personnaliser les chambres des résidents ». Le respect au droit du résident est rappelé en indiquant que « les expressions de familiarité (tutoiement, etc.) ne sont utilisées qu'exceptionnellement et uniquement sur demande du résident, que le personnel doit frapper systématiquement et obligatoirement à la porte avant de pénétrer dans l'espace privatif de la chambre et que les toilettes et soins sont effectués avec la porte de la chambre ou de la salle de bain fermée et en dehors de la présence de tierces personnes. »

L'organisation de la vie quotidienne est mentionnée avec horaire des repas, organisation d'activités, l'entretien du linge. Il est fait mention également dans ce chapitre du libre choix du médecin traitant et référence au rôle du médecin coordonnateur, du respect du droit à la pratique religieuse, des prestations extérieures à la charge du résident (coiffeur, pédicure).

LE CONTRAT DE SEJOUR OU DIPIC

Le contrat de séjour a été réactualisé en mai 2010. Il comporte les éléments relatifs aux conditions d'admission, aux prestations assurées par l'établissement (restauration, entretien du linge, animation), à la prise en charge des soins proposés dans l'établissement, aux tarifications en vigueur (hébergement, dépendance, soins). Il précise le type de dépenses annexes à la charge des résidents (coiffeur, pédicure), les règles de facturation en cas d'absence, congés ou hospitalisation, les conditions de résiliation du contrat.

Une fiche descriptive du projet d'accompagnement personnalisé est annexée au contrat de séjour.

Un document sur les directives anticipées est également remis en même temps que le contrat de séjour. Il a été réalisé par l'assurance maladie. Toutefois, les équipes ont du mal à



le faire remplir à l'admission. Néanmoins, le résident est informé et peut à tout moment de son séjour décider de le compléter.

Le contrat de séjour précise qu'il est remis au résident, et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les 15 jours qui suivent son admission

LA PERSONNE QUALIFIEE

Le règlement de fonctionnement rappelle dans son article 1.7 (concertation, recours et médiation) le dispositif de recours à une personne qualifiée et que les coordonnées de ces médiateurs externes ainsi que les modalités pour y recourir seront communiquées par toutes les voies utiles aux bénéficiaires dès leur nomination par les autorités compétentes.

La liste des personnes qualifiées est également affichée dans l'établissement.

Techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes

La réflexion sur la mise en place des droits contenus dans la charte des droits et des libertés de la personne accueillie en équipe

Le règlement de fonctionnement rappelle que l'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la Personne Agée Dépendante qui répond à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Si cette charte est affichée au sein de l'établissement, aucune réflexion en équipe sur le contenu de la Charte n'a été mise en place au sein de l'établissement.

La réflexion éthique au sein de l'établissement

L'établissement n'a pas formellement mis en place d'espace de réflexion éthique permettant aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques, hormis les échanges lors des transmissions. La mise en place d'un comité de réflexion éthique est inscrite dans le PACQ de l'établissement.

La réflexion entre liberté et droit à la sécurité

L'établissement n'a pas mis en place de réflexion sur le paradoxe entre liberté d'aller et venir et droit à la sécurité.

Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité

Le droit au choix

Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement rappellent que le libre choix du médecin est garanti au résident dans le cadre des modalités réglementaires en vigueur, qui ne pourra pas se voir imposer la présence d'un tiers.

L'établissement ne disposant pas de PUI, les résidents conservent le libre choix de leur pharmacie.

Les souhaits de fin de vie sont recueillis par les équipes soignantes et le contrat de séjour intègre un chapitre dans lequel le ou la résidente peut signifier ses dernières volontés.

Le droit à l'intimité et à la vie privée

Le règlement de fonctionnement précise que :

- « Les expressions de familiarité (tutoiement, etc.) ne sont utilisées qu'exceptionnellement et uniquement sur demande du résident ».
- « Le personnel doit frapper systématiquement et obligatoirement à la porte avant de pénétrer dans l'espace privatif de la chambre ».
- « Les toilettes et soins sont effectués avec la porte de la chambre ou de la salle de bain fermée et en dehors de la présence de tierces personnes ».

Ceci apparaît globalement respecté.

L'enquête de satisfaction réalisée annuellement interroge les résidents et les familles sur ce point : « A votre avis, le personnel respecte-t-il votre intimité et votre dignité lorsqu'il vous donne des soins? » Pour l'enquête 2013, 60% des résidents ayant répondu se déclaraient satisfaits, les 40% autres n'ayant pas répondu à cette question.

Le droit d'aller et venir

La liberté d'aller et venir est rappelé dans le règlement de fonctionnement et est présentée comme « un axe central de l'établissement ». Il est précisé que cette liberté d'aller et venir peut exceptionnellement être limitée et que dans ce cas, un avenant au projet de vie individualisé est élaboré et doit être acté par le résident et/ou ses proches et la direction de l'établissement. Dans l'enquête annuelle auprès des résidents et des familles, une question « Etes-vous satisfait(e) par la liberté d'aller et venir comme vous le souhaitez ? » est mentionnée. En 2013, plus de la moitié des personnes ayant répondu se déclaraient satisfait(e) (53%), les 47% autres n'ayant pas répondu à cet item.

Chaque contention doit faire l'objet d'une prescription médicale, précisant la durée de la contention et le mode utilisé. Un protocole « contention » a été élaboré, précisant que chaque contention doit être réévaluée. Il a été noté cependant que toutes les contentions n'étaient pas été prescrites.

L'extérieur a été sécurisé et adapté aux résidents déambulants. Les accès ont été sécurisés avec des codes ou des boutons situés en hauteur pour éviter que les personnes à risque de fugue ne sortent du côté non sécurisé. De plus des badges anti-fugue sont utilisés pour certains résidents.

Le droit au maintien des liens familiaux

Ce droit fondamental est rappelé dans le règlement de fonctionnement : « 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 du résident – doit s'instaurer afin d'assurer au mieux leur complémentarité dans un climat de confiance mutuelle ».

Chaque résident a la possibilité d'inviter à déjeuner des membres de sa famille ou des amis.



Le développement de la culture de la bientraitance

L'établissement, par son comité de pilotage de la démarche qualité, a rédigé une Charte de Bientraitance lors de l'évaluation interne. Elle reprend les principaux aspects constitutifs de la bientraitance en termes :

- d'accompagnement :
 - Adopter en toute circonstance une attitude professionnelle d'écoute et de discernement à chaque étape du parcours du résident.
 - Mettre tout en œuvre pour respecter l'intégrité physique et psychique, la dignité et l'intimité du résident. Respecter son espace personnel.
 - Garantir au résident d'être coauteur de son projet en prenant en compte sa liberté de choix et de décision, ses goûts, ses habitudes.
 - Accompagner la personne et ses proches dans la fin de vie.
- de prise en charge
 - Garantir une prise en charge médicale et soignante conforme aux bonnes pratiques et recommandations.
 - Agir contre la douleur aiguë et/ou chronique physique et/ou morale.
 - Identifier les besoins du résident et ses facultés d'adaptation, afin d'apporter des réponses adaptées, qui favorisent son autonomie, de jour comme de nuit.
 - Favoriser les déplacements du résident en respectant son confort, son rythme.
 - Donner au résident et à ses proches une information accessible, individuelle et loyale.
 - S'imposer le respect de la confidentialité des informations relatives au résident.
- qualité
 - Évaluer et prendre en compte la satisfaction des résidents et de leur entourage dans la dynamique d'amélioration continue des services proposés.
 - Rechercher constamment l'amélioration des prestations d'accueil, d'hôtellerie, de restauration, d'hygiène, de transports, etc.
- de respect et sociabilité
 - Favoriser les liens et les échanges avec les proches et l'entourage du résident.
 - Être attentif à la qualité de la communication et du comportement envers chacun.
 - Respecter le personnel et reconnaître son travail. Apprécier ses efforts et le considérer également en tant que personne.
 - Réserver un accueil de qualité aux visiteurs de l'établissement : les bénévoles, les praticiens indépendants et les familles ou les proches des résidents.

Des formations sur la bientraitance ont eu lieu dans l'établissement. Des rappels sur les droits et libertés des usagers sont également effectués en transmission (quelques formations en interne par l'ancien médecin coordonnateur).

4.9.2. Synthèse et recommandations

Forces

Tous les outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social sont en place et présentés au résident à son arrivée dans l'établissement

Charte de bientraitance réalisé par le Comité de Pilotage lors de l'évaluation interne

Points à améliorer

Prise en compte des droits et libertés de la personne accueillie

Réflexion éthique

Des contentions non prescrites

Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour à actualiser

4.9.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions opérationnelles

- Mener des actions de sensibilisation du personnel autour des contentions et s'assurer que le protocole soit rigoureusement appliqué (pas contentions sans prescription médicale).

« Poser comme objectif la limitation systématique des contentions et la recherche de solutions alternatives ».⁷

- Mettre à jour les documents (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement) avec une date permettant de connaître leur actualisation.
- Rester vigilant à la garantie des droits des usagers :
 - Information orale et écrite systématique aux stagiaires et nouveaux arrivants
 - Sensibilisation aux signalements d'événements indésirables
 - Dégager du temps pour des formations internes/échanges sur la bientraitance, réflexion éthique..., dans le cadre du temps dédié aux transmissions en veillant à l'élargir à l'ensemble des professionnels

« Il est recommandé que les lois de référence du secteur social et médico-social fassent l'objet d'un rappel écrit et explicite ainsi que d'une appropriation régulière par les professionnels, à la fois à l'occasion de formations permettant de revisiter les pratiques, et à l'occasion du traitement préconisé face à une situation exceptionnelle (situation de violence par exemple). »⁸

⁷ Cf. ANAES Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. » Octobre 2000)

⁸ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ANESM, juillet 2008

4.10. La politique de prévention et de gestion des risques

4.10.1. Résultats de l'analyse détaillée

La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels, formation, dispositif de régulation des conflits, modes de concertation, ...

Le risque d'intrusions inappropriées

Les accès sont sécurisés. Les portes ont été changées il y a peu. A partir de 21h, l'équipe de nuit sécurise les portes pour empêcher toute intrusion.

L'inventaire des risques inhérents à la vulnérabilité du public accueilli, les actions de prévention et de gestion

L'établissement prend en compte de nombreux risques qui affectent la vulnérabilité des résidents en ayant élaboré un certain nombre de procédures.

- Prévention de la douleur
- Prévention et suivi de la dénutrition
- Prévention des escarres
- Prévention du risque de chutes

Les risques liés à l'établissement

Un plan Bleu a été mis en place en 2013. Il a été diffusé lors des transmissions à l'ensemble de l'équipe soignante. Une cellule de crise avec les coordonnées est en place.

Les analyses et prélèvements d'eau font l'objet d'une convention avec un laboratoire de prélèvement. Le dernier contrôle date de février 2014 pour le prélèvement des légionnelles et le contrôle de potabilité. Il est réalisé une fois par an.

Le contrôle des surfaces et celui alimentaire est mené une fois par trimestre.

La commission sécurité a eu lieu en décembre 2013. Les contrôles de sécurité ont tous été menés fin d'année 2013 (extincteurs, installations électrique, maintenance, ascenseurs, chauffage).

Un diagnostic du système de sécurité incendie a été réalisé en juillet 2014.

Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement

Il n'y a pas de politique mise en place dans l'établissement sur le traitement des événements indésirables.

Il n'existe pas de fiches de signalement. Un protocole de signalement est en cours de réalisation (janvier 2014), mais il n'a pas encore été validé.



Un signalement oral avait été fait sur une suspicion de maltraitance d'un intervenant extérieur. Comme celui-ci refusait aussi de signer une convention, il a été décidé de ne plus faire appel à ses services. Toutefois, aucun suivi écrit n'en a été fait.

Politique globale de gestion des risques et capacité de l'établissement à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle

L'établissement n'a pas mis en place de document unique d'évaluation des risques professionnels.

Le centre de gestion de la médecine travail a mené une enquête sur l'usure professionnelle des soignants. Suite à cette enquête, le médecin du travail est intervenu. Un psychologue clinicien est aussi intervenu en transmission auprès des soignants principalement.

Suite à la demande des professionnels et après une réunion avec la médecine du travail, trois groupes de travail sur les risques professionnels ont été mis en place. L'étude des risques professionnels a été menée sur les activités par poste de travail. Les risques associés sur les actions et leurs fréquences ont été identifiés. Pour 90% des postes, les risques sont soit psychosociaux, soit de manutentions. Des comptes-rendus de chaque réunion ont été rédigés et un document de travail élaboré. La réunion de synthèse n'a pas encore été menée, l'établissement est en attente du retour du centre de gestion.

Les professionnels ayant participé à la démarche ont trouvé le travail très intéressant et formateur.

D'autre part, l'établissement peut faire intervenir un psychologue dans le cadre de la convention passée entre Pallia 24 et l'EHPAD. Ce psychologue peut intervenir auprès des familles et des professionnels (groupe de parole). Dans les faits, il y a peu d'interventions.

Une demande de mutualisation d'un temps psychologue avec le centre hospitalier de Sarlat est prévue par l'établissement auprès des résidents et des professionnels.

Politique de lutte contre le risque infectieux

L'établissement n'a pas de politique formalisée de lutte contre le risque infectieux.

Un document d'analyse des risques infectieux a été travaillé en juin 2013 sur la base du manuel d'auto-évaluation du GREPHH. Le score obtenu à cette autoévaluation était de 68% d'objectifs atteints. Sur ces bases, quelques protocoles ont été remis à jours.

D'autre part une formation sur l'hygiène des locaux a eu lieu en juin 2013, à laquelle tous les agents hôteliers ont participé (feuille d'émargement).

Un document imprimé publié par le CCLIN en 2011 traite de la maîtrise des risques infectieux en EHPAD.

Le planning du ménage hebdomadaire est en place depuis 2013 ainsi que le protocole d'utilisation du matériel. Le suivi du nettoyage des locaux n'est pas réalisé.

Un local pour le recueil des DASRI ainsi que le protocole de traitement de ces déchets sont identifiés.



Plan de lutte et prévention contre la maltraitance et moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance

L'information concernant la maltraitance

Lors de l'admission, une information écrite sur la maltraitance est fournie aux résidents par la remise d'un dépliant expliquant ce que peut être la maltraitance, le protocole de signalement aux usagers. Il fournit également le numéro national contre la maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées. Il précise qu'il est également possible de contacter les autorités de tutelle et leur numéro est donné

La prévention des risques de maltraitance

Il n'existe pas de procédure de prévention de la maltraitance au sein de l'établissement.

Au cours de ces dernières années, aucune formation n'a été suivie par du personnel de l'établissement sur cette thématique.

Un document de travail sur la prévention des risques de maltraitance est en cours de réalisation.

Le protocole de signalement de maltraitance

L'établissement n'a pas mis en place de protocole de signalement de maltraitance.

Le règlement de fonctionnement précise que « la Direction de l'établissement donnera les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence active ou passive dont elle pourrait avoir connaissance » et que « les personnels ont l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions. Ils sont alors protégés conformément à la législation en vigueur ».

Au cours de ces dernières années, un seul cas de maltraitance avéré a été mentionné à l'évaluateur externe. Il concernait un prestataire externe (kinésithérapeute) auquel il a été demandé de cesser ses fonctions au sein de l'établissement.

4.10.2. Synthèse et recommandations

Forces

Prise en compte des risques professionnels
Accès sécurisé
Respect des normes de sécurité
Travail en cours sur la maîtrise du risque infectieux

Points à améliorer

Politique de gestion et traitement des événements indésirables non existante
Temps d'analyse des pratiques des professionnels

4.10.3. Préconisations/ propositions

Préconisations/ propositions stratégiques

- Instaurer une politique de gestion des événements indésirables

« Il est préconisé que l'évènement fasse l'objet d'un écrit puis d'une analyse distanciée dans le temps, afin d'en repérer les origines et d'en rechercher collectivement des mesures correctrices, dans une volonté de prévention et de compréhension. »⁹

- Aborder la thématique de la maltraitance lors de la réalisation du prochain projet d'établissement

« Les modalités d'information et de formation auprès des personnels, usagers, et familles dans le cadre de la prévention de la maltraitance sont décrites dans le projet d'établissement »¹⁰

Préconisations/ propositions opérationnelles

- Utiliser une fois par mois ou sur une fréquence à déterminer par l'établissement, du temps, après la transmission pour réfléchir aux pratiques mises en place dans l'établissement en matière de prévention de la maltraitance

« Mettre en place l'analyse des pratiques et permettre le regard extérieur sur l'établissement. Il est préconisé d'alimenter le questionnement des professionnels sur leurs pratiques voire les dysfonctionnements de l'établissement par des temps spécifiques d'analyse dédiés aux seuls professionnels. »¹¹

⁹ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ANESM, juillet 2008

¹⁰ « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ANESM, juin 2012

¹¹ « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » ANESM, décembre 2008

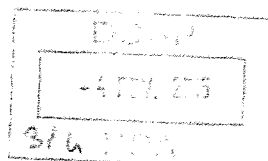
- Mettre en place des formations pluri-professionnelles en intra sur la prévention de la maltraitance

« Mettre en place des formations pluri-professionnelles : La thématique de la maltraitance figure au plan de formation. Elle est abordée de manière spécifique à un moment où les représentants de plusieurs corps de métiers sont présents dans l'établissement (en associant les bénévoles et les intervenants libéraux à la réflexion). Les risques de maltraitance concernent l'ensemble des professionnels. »¹²

- Finaliser le document unique sur les risques psycho-sociaux
- Mettre en place une convention avec le Centre Hospitalier de Sarlat pour disposer d'un temps d'écoute des professionnels le nécessitant par un psychologue
- Poursuivre et formaliser la prise en compte du risque infectieux

¹² « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »
ANESM, décembre 2008

ANNEXE 5 b: Abrégé et Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe de l'EHPAD du Centre hospitalier de Sarlat



**Abrégé du rapport
Evaluation externe des activités et de
la qualité des prestations
EHPAD du Centre Hospitalier Jean
Leclaire
Le Pouget
24206 Sarlat**

Evaluation Externe EHPAD du Centre Hospitalier Jean Leclaire 24206 SARLAT
<http://www.abras-strategie.com/>

1/11

SOMMAIRE

Abrégé du Rapport d'évaluation externe	3
Les axes de travail.....	3
1. La démarche d'évaluation interne.....	3
2. <i>La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM</i>	4
3. <i>Le projet d'établissement et son actualisation</i>	5
4. <i>L'ouverture de l'établissement sur son environnement</i>	6
5. <i>La personnalisation de l'accompagnement</i>	7
6. <i>L'expression et la participation individuelle et collective des usagers</i>	7
7. <i>La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques</i>	8
8. <i>Appréciation globale de l'évaluateur externe</i>	10
9. <i>Méthodologie de l'évaluation externe</i>	10
10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe	11

Abrégé du Rapport d'évaluation externe

Les axes de travail

1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
- Modalités de réalisation et de communication de l'évaluation interne - Participation - Suivi de la démarche qualité et des PAQ	- La démarche qualité est structurée ; les plans d'action sont mis en œuvre et suivis - Les professionnels sont inscrits dans la culture qualité ; ils font preuve de motivation - Les enquêtes de satisfaction sont réalisées annuellement	Défaut d'information concernant le CVS/ enquête 2013	Renforcer l'information sur le CVS auprès des résidents et des familles

2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
▪ Appropriation des RBPP	▪ Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont, pour les essentielles, intégrées dans la formalisation des pratiques quotidiennes ▪ L'établissement dispense des formations "Bientraitance".	▪	▪
▪ Mobilisation des RBPP	▪ La posture des professionnels reflète une mise en application dans les pratiques		



3. Le projet d'établissement et son actualisation

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
▪ Actualisation du projet d'établissement	▪ Elaboration en cours	▪ Il n'existe pas de Projet d'établissement déclinant un projet de vie et un projet de soins (cf. Décret n° 2009-322 du 20/03/2009)	▪ Poursuivre l'élaboration du Projet d'Etablissement avec les professionnels, les usagers, et si possible les partenaires extérieurs, en s'appuyant sur la recommandation de l'Anesm « l'Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service »
▪ Mise en œuvre de valeurs	▪ La dimension éthique sera prévalente		
▪ Adéquation au public	▪ L'étude des ressources humaines montre une adéquation entre le public et le profil des professionnels		▪ Prévoir les évolutions au niveau des effectifs et professionnalisation des personnels en lien avec le Projet d'Etablissement et les objectifs de la Convention Tripartite.

*4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement*

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
▪ Intégration sociale et fonctionnelle	▪ L'offre de service répond aux besoins du territoire ▪ Le positionnement de l'EHPAD permet de s'appuyer sur les ressources du centre hospitalier ▪ Un projet de reconstruction est en cours et doit aboutir en juin 2016	▪ Les locaux sont vétustes	
▪ Politique d'ouverture et communication externe	▪ L'établissement est inscrit dans des réseaux diversifiés et formalisés, en faveur de la construction de la réponse aux personnes âgées du territoire	▪ L'ouverture sur l'extérieur par les activités d'animation est peu activée	▪ Réaliser un rapport annuel sur l'activité d'animation ; l'ouverture sur l'extérieur doit y figurer en bonne place en vue de développement
▪ Accueil et formation des futurs professionnels	▪ L'établissement contribue à la formation des futurs professionnels et collabore à des actions de recherche ▪ La proximité de l'IFAS est une plus-value		



ABRAS STRATEGIE

Audit - Conseil - Formation

5. La personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
▪ Conditions d'élaboration du projet de vie	▪ Le Projet Personnalisé est activé, les outils sont validés, la démarche impulsée, une dynamique pluridisciplinaire est en œuvre	▪ Il n'y a pas de référent pour le projet personnalisé ▪ Tous les résidents n'ont pas un projet personnalisé ▪ La psychologue n'est pas toujours présente pour l'élaboration du projet personnalisé ▪ Il n'y a pas de plan de soins individualisé qui retrace la prise en charge quotidienne en matière de soins de nursing et d'accompagnement.	▪ Poursuivre la mise en œuvre des Projets personnalisés ▪ Mettre en place des référents et leurs missions pour le projet personnalisé ▪ Favoriser la participation de la psychologue ▪ Annexer chaque année au contrat de séjour un avenant reprenant les objectifs d'accompagnement ▪ Mettre en place des plans de soin individualisés

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
▪ Effectivité de la participation	▪ Le Conseil de la Vie Sociale est réactivé ▪ La Direction est à l'écoute des usagers ▪ Une commission des menus existe pour tout l'établissement	▪ Défaut d'information concernant le CVS/ enquête 2013	▪ Renforcer l'information sur le CVS auprès des résidents et des familles

**7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers	- Les droits fondamentaux sont effectifs - Un salon est réservé pour faciliter l'accueil des familles avec le résident - L'EHPAD bénéficie de la dynamique institutionnelle du CH et des pratiques médicales favorisant la qualité de la prise en charge - Le recrutement d'un médecin coordonnateur impliqué	- Les droits sont activés dans un cadre culturel qui relève plus du secteur sanitaire que du secteur médico-social - Les chambres à plusieurs lits ne favorisent pas le respect de l'intimité - Le résident n'a pas le choix de son médecin traitant - Tous les protocoles de soins ne sont pas formalisés - Le dossier médical et le dossier du résident ne sont pas informatisés - La commission gériatrique n'est pas	- Se rapprocher de l'esprit de la loi du 2 janvier 2002 - Un projet architectural est en cours : privilégier un espace dédié, différencié du secteur hospitalier, et identifié, pour les résidents en EHPAD - Mettre en œuvre la formalisation des protocoles (douleur, escarre, chute...) et en assurer le suivi - Développer le projet d'informatisation du dossier et optimiser la sécurité du circuit du médicament - Mettre en œuvre une dynamique de travail des équipes autour de la réflexion bénéfice-risque concernant le risque de chute et la contention - Activer la Commission gériatrique



	La Charte de Bientraitance est en place	opérationnelle	
		- Les activités favorisant le maintien de l'autonomie du résident sont peu nombreuses - Les kinésithérapeutes n'interviennent pas régulièrement - La psychologue n'anime pas d'ateliers spécifiques favorisant le maintien des acquis	Développer des activités visant à maintenir et/ou restaurer les acquis en termes d'autonomie physique et psychique en favorisant la participation régulière des Kinésithérapeutes et de la Psychologue
Formation des personnels	- L'établissement prend appui sur l'IFAS pour construire une synergie positive en dans tous les domaines concernés par les Ressources Humaines - La politique de formation est conséquente. Qualifiante et certifiante, elle vise à développer les ressources en interne	L'animatrice fait fonction	Faire former l'animatrice



8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'EHPAD présente une offre de service en adéquation avec les besoins des personnes âgées de son territoire d'intervention. Le projet de construction va venir mettre un terme au cadre de vie dégradé et permettre le confort, la sécurité et la qualité d'accompagnement des résidents.

Quelques soient leurs missions, les intervenants sont porteurs des valeurs et principes énoncés dans les RBPP, dans un esprit de respect des personnes et de motivation à produire un accompagnement de qualité.

Un effort conséquent a été réalisé pour structurer la démarche continue d'amélioration de la qualité et produire l'évaluation interne. La pertinence de la feuille de route qui en découle est un atout dont il convient de se saisir pour optimiser les ressources certaines de l'établissement.

L'enjeu prioritaire de l'établissement est à ce jour d'inscrire l'activité de l'EHPAD dans la culture médico-sociale et l'esprit de la loi du 2 janvier 2002, nonobstant la proximité et la prégnance du contexte sanitaire.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items	
▪ Etape 1 : Information et Communication	▪ Présentation de l'Evaluation aux membres du Comité de Pilotage (grilles de travail, contenu, planification).
▪ Etape 2 : Recueil d'informations	▪ Construction en collaboration avec la direction de l'établissement du périmètre de l'intervention pour l'EHPAD (Projet d'établissement, protocole d'évaluation interne, organisation, résidents, environnement, etc.), planification et sélection des intervenants.
▪ Etape 3 : Evaluation sur site	▪ Intervention sur site : Daniel Labadie et Marie-Pierre Castaignède. Entretiens sur RDV collectifs ou individuels. L'ensemble des entretiens individuels et/ou collectifs ont été préparés à partir du protocole d'évaluation ci-joint dans le rapport.
▪ Etape 4 : Restitution	▪ Restitution orale et écrite du rapport.



ABRAS STRATEGIE

Audit - Conseil - Formation

10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe



TROISIÈME PARTIE

SYNTHESE ET PRECONISATIONS

1. Introduction

L'EHPAD a réalisé son évaluation interne en 2013, selon des modalités participatives reposant principalement sur la pluridisciplinarité professionnelle.

Construite de façon structurée, elle repose sur 7 thématiques pour lesquelles la programmation et les indicateurs ont été posés :

- Admission, droits et libertés
- Projet de soins
- Restauration, hôtellerie, logistique
- Bienveillance
- Projet d'établissement
- Stratégie d'adaptation à l'emploi du personnel
- Réflexion éthique

L'analyse des indicateurs est prévue annuellement et doit alimenter le rapport d'activité médicale et la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Concernant les recommandations de bonnes pratiques, l'élaboration du projet d'établissement et de l'évaluation interne s'est appuyée sur les références suivantes :

- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009)
- La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008)

L'appropriation et l'utilisation des RBPP sont facilitées par :

- la mise à la disposition des documents dans le bureau du cadre supérieur de santé
- la présentation des synthèses au cours des réunions de service
- l'utilisation des RBPP en tant que cadre de référence, pendant les groupes de travail issu de l'évaluation interne
- des formations internes, y compris pour les intervenants bénévoles.

Même si les recommandations ne sont pas connues en tant que telles, la posture des professionnels reflètent une mise en application dans les pratiques.

Points forts	- La démarche qualité est structurée ; les plans d'action sont mis en œuvre et suivis - Les professionnels sont inscrits dans la culture qualité ; ils font preuve de motivation - Les enquêtes de satisfaction sont réalisées annuellement
Préconisations	- Renforcer l'information sur le CVS auprès des résidents et des familles

1.1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement de l'utilisateur

En cours d'élaboration, le projet d'établissement est construit de façon participative avec un comité de pilotage et des groupes de travail. Il va s'appuyer sur le projet médical construit en mai 2013, approuvé par les instances en septembre 2013, validé par l'ARS en décembre 2013.

Les éléments le constituant, projet qualité/ projet de soins / projet d'informatisation sont en cours d'élaboration.

Pour le projet d'établissement, le plan d'amélioration continue de la qualité fait apparaître un enjeu d'évolution de l'offre de service en termes d'ancrage territorial, d'ouverture sur d'autres publics, de réflexion sur les pratiques professionnelles où la dimension éthique sera prévalente.

L'étude des ressources humaines montre une adéquation entre le public et le profil des professionnels :

- Le plateau technique de l'EHPAD est pluridisciplinaire
- Le médecin coordonnateur est présent
- Les actions de formation interne et externe visent à augmenter les compétences, à les diversifier, à mettre en place des ressources internes
- Les entretiens annuels sont réalisés

Une faiblesse est relevée concernant le poste d'animatrice, occupée par un agent faisant fonction (Cf. synthèse partie 1.2).

Les recrutements intègrent la nécessité d'une adaptation aux évolutions du public.
La proximité de l'IFAS facilite le recrutement de professionnels formés.

Les outils sont inégalement présents : la fiche d'entretien de recrutement existe mais il n'y a pas de procédure de recrutement, ni de livret d'accueil du nouveau salarié. A l'inverse, une journée de formation est en place pour les arrivants.

Les modalités d'accompagnement des professionnels reposent principalement sur les espaces de transmission inter-équipe.

Le document unique n'est pas actualisé et la version la plus récente court sur la période 2007/2011. La mise en place d'une nouvelle organisation d'élaboration et de suivi des éléments est prévue en 2015 laissant augurer d'une version actualisée fin 2015.

Points forts	▪ Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont, pour les essentielles, intégrées dans la formalisation des pratiques quotidiennes. ▪ L'établissement dispense des formations "Bientraitance".
Points faibles	▪ Il n'existe pas de Projet d'établissement déclinant un projet de vie et un projet de soins (cf. Décret n° 2009-322 du 20/03/2009)
Préconisations	▪ Poursuivre l'élaboration du Projet d'Etablissement avec les professionnels, les usagers, et si possible les partenaires extérieurs, en s'appuyant sur la recommandation de l'Anesm « l'Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ▪ Prévoir les évolutions au niveau des effectifs et professionnalisation des personnels en lien avec le Projet d'Etablissement et les objectifs de la Convention Tripartite.

1.2. *L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique*

L'EHPAD peut accueillir 20 résidents. L'étude du rapport d'activité 2013 fait apparaître un taux d'occupation de plus de 99%, témoignant de son utilité sociale sur le territoire, le Centre Hospitalier étant l'un des employeurs les plus importants de la commune.

La situation de l'EHPAD entraîne obligatoirement la coexistence avec tous les services encore présents au centre hospitalier. Cette configuration est un point fort au sens où elle permet une réactivité en cas d'urgence médicale, une entraide, une ressource à de multiples niveaux.

Le travail de coordination de l'EHPAD s'appuie principalement sur la convention de direction commune avec le centre hospitalier de Périgueux, englobant l'EHPAD de Lanmary. D'autres coordinations et partenariats sont activés ou sont en projet, dans le domaine des soins palliatifs ou du réseau en gériatrie.

Le secteur de l'animation ne contribue pas à la politique d'ouverture de l'EHPAD car peu familier des partenariats avec des structures extérieures. Il est tout de même favorablement noté que des prestataires extérieurs viennent faire des animations, par exemple musicales, de temps en temps.

Pour se faire connaître ou valoriser ses actions, l'EHPAD dispose d'une lettre trimestrielle adressée aux médecins libéraux pour promouvoir le projet médical. Il sait activer les réseaux de communication locaux ou régionaux autant que de besoin.

Points forts	- L'offre de service répond aux besoins du territoire - Le positionnement de l'EHPAD permet de s'appuyer sur les ressources du centre hospitalier - Un projet de reconstruction est en cours et doit aboutir en juin 2016
Points faibles	- Les conditions d'hébergement sont vétustes

Points forts	▪ Le projet d'animation est construit ; les objectifs et principes d'accompagnement sont identifiés ▪ Les modalités de participation en faveur du respect et de la personnalisation sont effectives ▪ La diversité des animations offre une palette large et adaptée aux caractéristiques du public, avec un recueil des avis au quotidien
Points faibles	▪ Le bilan d'activité annuel n'existe pas encore ▪ Les locaux ne sont pas toujours disponibles ▪ La qualification de l'animatrice repose uniquement sur l'expérience ▪ L'ouverture sur l'extérieur par les activités d'animation est peu activée
Préconisations	▪ Réaliser un rapport annuel sur l'activité d'animation ; l'ouverture sur l'extérieur doit y figurer en bonne place en vue de développement ▪ Formaliser la participation des résidents à l'élaboration du programme d'animation ▪ Faire former l'animatrice

1.3. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

A ce jour, dix Projets de vie Personnalisé sont réalisés, quatre sont en cours d'élaboration.

L'élaboration des projets personnalisés repose sur une méthodologie structurée permettant une approche globale interdisciplinaire

- Le recueil de l'histoire de vie est réalisé au bout de 8 à 10 jours, complétés par tous les professionnels, avec les familles et/ou les proches.
- Les besoins et habitudes sont recensés par les aides-soignantes et les agents de service hospitalier.
- Une synthèse est mise en place tous les mois, animée par le médecin coordonnateur.
- En équipe pluridisciplinaire, sont finalisés les objectifs.
- La psychologue n'est pas toujours présente lors de l'élaboration du Projet de vie Personnalisé.

A ce jour, les Projets réalisés ne sont pas tous signés par le résident et le représentant de l'établissement.

Il n'y a pas d'avenant au contrat de séjour. Cependant, l'actualisation annuelle est prévue sur la base du nouveau support réalisé en 2014, avec l'arrivée d'un médecin coordonnateur sur la structure EHPAD.



Sur le plan de l'accès aux données, une procédure formalise le processus depuis 2011. Elle s'accompagne d'un formulaire de communication du dossier médical.

Les modalités de participation des usagers reposent sur un CVS ainsi que sur les enquêtes de satisfaction qui sont réalisées annuellement. Celle réalisée en 2013 met en évidence que la thématique de la qualité de vie dans le service est cotée favorablement malgré les conditions d'hébergement dégradées du secteur. La perception de l'offre de service par les usagers est donc positive.

Points forts	▪ Le Projet Personnalisé est activé, les outils sont validés, la démarche impulsée, une dynamique pluridisciplinaire est en œuvre ▪ Les besoins en termes d'accompagnement et de prise en charge en dehors des soins sont identifiés ▪ Une attitude bienveillante est portée pour l'accompagnement et pour favoriser le plus possible les capacités d'autonomie du résident
Points faibles	▪ Il n'y a pas de référent pour le projet personnalisé ▪ Tous les résidents n'ont pas un projet personnalisé ▪ La psychologue n'est pas toujours présente pour l'élaboration du projet personnalisé ▪ Il n'y a pas de plan de soins individualisé qui retrace la prise en charge quotidienne en matière de soins de nursing et d'accompagnement.
Préconisations	▪ Poursuivre la mise en œuvre des Projets personnalisés ▪ Mettre en place des référents et leurs missions pour le projet personnalisé ▪ Favoriser la participation de la psychologue ▪ Annexer chaque année au contrat de séjour un avenant reprenant les objectifs d'accompagnement ▪ Mettre en place des plans de soin individualisés ▪ Réduire le temps de jeûne

Points forts	▪ Le Conseil de la Vie Sociale est réactivé ▪ La Direction est à l'écoute des usagers. ▪ Une commission des menus existe pour tout l'établissement
Points faibles	▪ Les activités favorisant le maintien de l'autonomie du résident sont peu nombreuses ▪ Les résidents ne participent pas à la Commission des menus ▪ Les kinésithérapeutes n'interviennent pas régulièrement ▪ La psychologue n'anime pas d'ateliers spécifiques favorisant le maintien des acquis.
Préconisations	▪ Favoriser une plus grande participation des usagers à la Commission des menus ▪ Développer des activités visant à maintenir et/ou restaurer les acquis en termes d'autonomie physique et psychique en favorisant la participation régulière des Kinésithérapeutes et de la Psychologue.



1.4. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

L'EHPAD a mis en place des outils et des organisations qui permettent de respecter les droits fondamentaux des résidents, leur dignité et leur droit à l'intimité. Les éléments preuve se retrouvent, dans les dispositions quotidiennes de libre circulation et libre communication, dans l'organisation de la liberté de culte et d'exercice de la citoyenneté.

Pour améliorer l'accompagnement, les événements indésirables sont pris en compte et traités de façon structurée et rigoureuse.

La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers est effective :

- Dans le registre de l'intimité et de la vie privée, l'EHPAD a pour politique de ne pas interférer, s'interposer, ou empêcher, dès lors que les relations restent appropriées au cadre de la vie en communauté. Une attitude bienveillante, contenante, et un regard vigilant des équipes assurent la protection du résident, en fonction de ses fonctions cognitives. Les pratiques professionnelles ont intégré les conditions d'intimité. Les locaux collectifs garantissent la confidentialité des visites privées.
A l'inverse, des chambres à plusieurs lits, même « boxées » sont encore proposées et ne favorisent pas la préservation de l'intimité.
- Dans le registre de la prévention de la maltraitance et des conduites de violence, le dispositif repose sur une fiche de signalement de maltraitance et sur une charte de bientraitance dont les 10 points clés servent de repères aux professionnels. L'évaluation externe a permis de constater que les agents mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du résident pour l'amélioration de sa vie quotidienne.
- Dans le registre de la qualité des soins, plusieurs données sont en point fort:
 - La pluridisciplinarité du plateau technique, les organisations des temps de travail permettant la continuité des soins
 - L'élaboration du Projet de soins qui organise le fonctionnement en équipe, prenant en compte les besoins individuels du résident et la prise en charge de la dépendance
 - Le comité de liaison en alimentation et nutrition qui se réunit sur un rythme annuel
 - Les outils d'évaluation de la douleur, comme l'échelle d'auto-évaluation de la douleur. Il n'y a pas de réévaluation systématique de la douleur
 - Le recensement des chutes qui sont traitées et analysées. Ce travail débouche sur des actions correctrices identifiées. Le comité de suivi des chutes est en cours de création.
 - L'évaluation du risque d'escarres qui s'appuie sur le Braden et sur une ressource interne au CH avec 1 IDE titulaire d'un DU en plaie et cicatrisation. Il n'y a pas de protocole formalisé.
 - Concernant la contention, un protocole a été réécrit dès l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur, en collaboration avec les équipes. Une nouvelle fiche de prescription est en cours de validation. Les équipes sont sensibilisées, les réévaluations ne sont pas encore systématiques.

- La sécurisation du circuit du médicament : l'établissement est doté d'une Pharmacie à Usage Interne (PUI). Le circuit est sécurisé à de multiples étapes : commande des médicaments contrôlée par le pharmacien, transportée dans des caisses sécurisées / prescriptions médicales analysées une fois par mois par le pharmacien / procédure d'accès pour que les IDE se procurent des médicaments en urgence / prescription sécurisée des toxiques.

Dans chaque poste de soins IDE sont affichés :

- Le guide de l'antibiotique 1ère intention
- Le listing des médicaments du CH
- Le livret thérapeutique
- Les médicaments à risque

Le projet d'informatisation du dossier du résident et du patient devrait modifier les pratiques actuelles et optimiser plus encore la sécurisation du médicament.

- Le médecin coordonnateur qui vient de prendre ses fonctions et dont la priorité est d'élaborer, en équipe pluridisciplinaire, le projet de vie et le projet de soins. Sa vision globale du futur projet d'établissement soutient la création d'un Pôle Gériatrique qui viendra compléter l'offre de service sur le territoire.

Points forts	• Les droits fondamentaux sont effectifs • Un salon est réservé pour faciliter l'accueil des familles avec le résident • L'accessibilité aux soins est facilitée par le Plateau technique du CH
Points faibles	• Les droits sont activés dans un cadre culturel qui relève plus du secteur sanitaire que du secteur médico-social • Les chambres à deux lits ne favorisent pas le respect de l'intimité • Le résident n'a pas le choix de son médecin traitant • Les dossiers de soins ne sont pas dans un espace sécurisé
Préconisations	• Se rapprocher de l'esprit de la loi du 2 janvier 2002 • Sécuriser les accès aux lieux de soins et l'accès aux dossiers des résidents. • Un projet architectural est en cours : privilégier un espace dédié, différencié du secteur hospitalier, et identifié, pour les résidents en EHPAD

Points forts	• Le recrutement d'un médecin coordonnateur impliqué • L'EHPAD bénéficie de la dynamique institutionnelle du CH et des pratiques médicales favorisant la qualité de la prise en charge. • La Charte de Bienveillance
Points faibles	• Le dossier médical et le dossier du résident ne sont pas informatisés • Tous les protocoles de soins ne sont pas formalisés • La commission gériatrique n'est pas opérationnelle
Préconisations	• Mettre en œuvre la formalisation des protocoles (douleur, escarre, chute,) et en assurer le suivi • Développer le projet d'informatisation du dossier et optimiser la sécurité du circuit du médicament • Mettre en œuvre une dynamique de travail des équipes autour de la réflexion bénéfice-risque concernant le risque de chute et la contention • Mettre en œuvre la Commission gériatrique

CONCLUSION

L'EHPAD présente une offre de service en adéquation avec les besoins des personnes âgées de son territoire d'intervention. Le projet de construction va venir mettre un terme au cadre de vie dégradé et permettre le confort, la sécurité et la qualité d'accompagnement des résidents.

Quelques soient leurs missions, les intervenants sont porteurs des valeurs et principes énoncés dans les RBPP, dans un esprit de respect des personnes et de motivation à produire un accompagnement de qualité.

Un effort conséquent a été réalisé pour structurer la démarche continue d'amélioration de la qualité et produire l'évaluation interne. La pertinence de la feuille de route qui en découle est un atout dont il convient de se saisir pour optimiser les ressources certaines de l'établissement.

L'enjeu prioritaire de l'établissement est à ce jour d'inscrire l'activité de l'EHPAD dans la culture médico-sociale et l'esprit de la loi du 2 janvier 2002, nonobstant la proximité et la prégnance du contexte sanitaire.

Les préconisations qui émanent de la conduite de l'évaluation externe ont tenu compte de ce contexte spécifique et visent à encourager une équipe qui a su garder sa motivation et son engagement auprès de son public.

ANNEXE 6 : Eléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat.



CONVENTION DE DIRECTION COMMUNE

ENTRE

Le Centre Hospitalier de PERIGUEUX – 80 avenue Georges Pompidou, CS 61205 -
24019 PERIGUEUX CEDEX,
Représenté par Monsieur LEFEBVRE Thierry, Directeur de l'Etablissement,

D'une part,

ET

Le Centre Hospitalier de LANMARY – 24420 ANTONNE ET TRIGONNANT,
Représenté par Monsieur LEFEBVRE Thierry, Directeur de l'Etablissement,

D'autre part,

ET

Le Centre Hospitalier de SARLAT – Le Pouget – CS 80201 – 24206 SARLAT CEDEX,
Représenté par Monsieur LEFEBVRE Thierry, Directeur de l'Etablissement,

ET

Le Centre Hospitalier de DOMME – rue de l'hôpital – 24250 DOMME
Représenté par Monsieur CROCHET Serge, Directeur de l'Etablissement,

D'autre part,

Vu la Délibération du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de PERIGUEUX, réuni en séance du 23 octobre 2015,

Vu la Délibération du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de LANMARY, réuni en séance du 28 octobre 2015,

Vu la Délibération du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de SARLAT, réuni en séance du 30 octobre 2015,

Vu la Délibération du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de DOMME, réuni en séance du 16 octobre 2015,

CONSIDERANT

- 1 - qu'il convient de favoriser les coopérations entre établissements visant à offrir à l'ensemble de la population du territoire de santé, dans une logique de filière, une palette de soins adaptés et complémentaires,
- 2 - qu'il convient de renforcer sur le territoire de la Dordogne une filière de SSR publique,
- 3 - qu'il convient de mettre en œuvre une stratégie commune et à terme de gérer en commun certaines fonctions et activités,
- 4 - qu'il convient de noter la volonté exprimée par les 4 établissements de conserver leur personnalité juridique et leur autonomie financière, ce qui permet aux instances consultatives et décisionnelles de chaque établissement de continuer à assumer leurs pouvoirs respectifs.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIV

ARTICLE 1

Il est créé entre le Centre Hospitalier de PERIGUEUX, le Centre Hospitalier de LANMARY, le Centre Hospitalier de SARLAT et le Centre Hospitalier de DOMME une direction commune conformément aux dispositions de l'article 29 du Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la Loi 83-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, modifiée par le Décret n° 2010-259 du 11 mars 2010, et de l'article 4 du Décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière modifié par le Décret n° 2010-264 du 11 mars 2010.

ARTICLE 2

La chefferie commune des 4 établissements est confiée au Directeur du Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

ARTICLE 3

La Direction commune est organisée de la manière suivante :

- tous les postes de Directeur sont regroupés au sein de la Direction commune,
- au sein de cette équipe de Direction commune, chaque directeur conserve son « affectation physique » »,
- dans ce cadre, certaines Directions fonctionnelles peuvent être communes aux 4 établissements,
- un Directeur délégué est nommé pour chacun des Centres Hospitaliers de SARLAT, de DOMME et de LANMARY. Il assure sous l'autorité du Directeur la gestion générale de l'établissement en faisant appel aux compétences communes présentes sur les 4 sites.

ARTICLE 4

L'ensemble de la rémunération et charges de chacun des Directeurs de la Direction commune reste affecté au budget de l'établissement auquel ils sont physiquement rattachés.

ARTICLE 5

La présente convention ne modifie en rien les statuts juridiques respectifs des 4 établissements : le Centre Hospitalier de PERIGUEUX, le Centre Hospitalier de LANMARY, le Centre Hospitalier de DOMME et le Centre Hospitalier de SARLAT conservent donc des personnalités juridiques séparées et leur pleine autonomie financière.

En application des principes précités, les personnels restent rattachés à chaque établissement, il est notamment stipulé que les mutations de personnel entre les établissements signataires sont organisées en application des dispositions statutaires dont ils relèvent, et avec le consentement des intéressés.

ARTICLE 6

La présente convention prend effet au 1^{er} Janvier 2016.

Elle pourra être modifiée par voie d'avenant à partir des délibérations concordantes du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de PERIGUEUX, du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de LANMARY, du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de DOMME et du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de SARLAT.

Elle pourra être dénoncée avec un préavis de 6 mois, par délibération, soit du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de PERIGUEUX, soit du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de LANMARY, soit du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de DOMME soit du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de SARLAT.

Fait en 8 exemplaires

A PERIGUEUX, le 2 novembre 2015

Le Directeur du
Centre Hospitalier de PERIGUEUX,

Thierry LEFEBVRE



Le Président du Conseil de Surveillance
du Centre Hospitalier de PERIGUEUX,

Antoine AUD

A ANTONNE, le 2 novembre 2015

Le Directeur du
Centre Hospitalier de LANMARY,

Thierry LEFEBVRE

Le Président du Conseil de Surveillance
du Centre Hospitalier de LANMARY,

Marie-Claude VARAILLAS

A SARLAT, le 2 novembre 2015

Le Directeur du
Centre Hospitalier de SARLAT,

Thierry LEFEBVRE

Le Président du Conseil de Surveillance
du Centre Hospitalier de SARLAT,

Jean-Jacques de PERETTI

A Domme, le 2 novembre 2015

Le Directeur du
Centre Hospitalier de DOMME,

Serge CROCHET



Le Président du Conseil de Surveillance
du Centre Hospitalier de DOMME,

Jocelyne LAGRANGE

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE DORDOGNE

CONVENTION CONSTITUTIVE



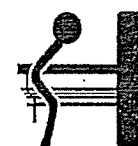
CENTRE HOSPITALIER
DE BELVES



CENTRE HOSPITALIER
Samuel Pozzi
BERGERAC



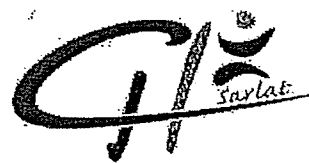
CENTRE HOSPITALIER
24160 EXCIDEUIL



CENTRE HOSPITALIER
de NONTRON



Centre hospitalier de Périgueux



SOMMAIRE

1. RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS	3
PARTIE I: PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	4
Titre 1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE	4
PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	6
Titre 1. CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	6
COMPOSITION	6
DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	7
OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	7
DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT	7
DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES	7
Titre 2. ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	8
Titre 3. GOUVERNANCE	9
LE COMITE STRATEGIQUE	9
INSTANCE MEDICALE COMMUNE	9
COLLEGE MEDICAL DE GROUPEMENT	9
INSTANCE COMMUNE DES USAGERS	10
COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT	10
COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX	11
CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL	11
Titre 4. FONCTIONNEMENT	12
Titre 5. PROCEDURE DE CONCILIATION	13
Titre 6. COMMUNICATION DES INFORMATIONS	13
Titre 7. DUREE ET RECONDUCTION	13

1. RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS

Vu les Articles L 6132-1 à L 6132-6 du Code de la Santé Publique instituant les Groupements Hospitaliers de Territoire,

Vu le Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire,

Vu l'Arrêté portant adoption du Projet Régional de Santé, notamment le Schéma Régional d'Organisation des Soins arrêté par l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine pour la période 2012-2016,

Vu l'approbation de la Communauté Hospitalière de Territoire de Dordogne par la décision du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine en date du 11 décembre 2015,

Vu les délibérations des Conseils de Surveillance des établissements membres,

Vu les avis des Commissions Médicales d'Etablissements des établissements membres,

Vu les avis des Commissions des Soins Infirmiers; de Rééducation et Médico-Techniques des établissements membres,

Vu les avis des Comités Techniques d'Etablissement des établissements membres,

Vu les avis des Commissions Médicales d'Etablissement relatifs à la mise en place de l'instance médicale commune,

Vu la concertation avec les Directoires des établissements membres,

Il est convenu la transformation de la Communauté Hospitalière de Territoire de Dordogne en Groupement Hospitalier de Territoire de Dordogne et l'adoption de la présente Convention Constitutive pour le Groupement Hospitalier de Territoire de Dordogne.

PARTIE I : PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Titre 1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE

ARTICLE 1 :

Les établissements parties à la présente convention établissent un projet médical partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

Pour ce faire, le **projet médical partagé** du groupement devra répondre objectifs suivants :

Objectif 1 : Identification et organisation des filières de prise en charge pour une offre de soins graduée

En cancérologie et hématologie : (en lien avec le projet médical CHT)

- gastro-entérologie/ chirurgie digestive
- pneumologie / chirurgie thoracique
- ORL
- urologie
- gynécologie, mammaire

Hors cancérologie :

- médecine d'urgence (en lien avec le projet médical CHT)
- Gériatrique (en lien avec le projet médical CHT)
- cardiologie (en lien avec le projet médical CHT) : projet d'un pôle inter-établissement
- neurologie / Unité Neuro- Vasculaire / Télé-thrombolyse (en lien avec le projet médical CHT)
- douleur (en lien avec le projet médical CHT)
- soins palliatifs (en lien avec le projet médical CHT)
- réanimation / surveillance continue
- maternité / périnatalité
- dermatologie / plaies et cicatrisation
- soins de suite et de réadaptation
- chirurgies
- rhumatologie
- don d'organes

Objectif 2 : Définition du parcours du patient sur le territoire

Formalisation du partenariat entre structures d'hospitalisation et professionnels de santé de ville selon la filière de prise en charge définie, rédaction de protocoles de transfert, coordination des cellules de gestion des lits

Objectif 3 : Organisation de l'offre de soins en santé mentale et lutte contre les addictions (en lien avec le projet médical CHT)

Objectif 4 : Développement de consultations avancées sur le territoire et de la télémedecine (besoins de ville et hospitaliers) (en lien avec le projet médical CHT)

Objectif 5 : Développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) (en lien avec le projet médical CHT)

Objectif 6 : Organisation des activités médico-techniques :

- imagerie médicale / télé-imagerie
- laboratoire de biologie médicale
- pharmacie

Objectif 7 : Développement d'actions coordonnées de promotion de la santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique (en lien avec le projet médical CHT)

Le **projet de soins partagé** du groupement hospitalier de territoire est défini en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de 5 ans.

Les projets médicaux des établissements parties au groupement sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Titre 1. CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

COMPOSITION

ARTICLE 3 :

Les établissements et services suivants, soussignés, sont parties au Groupement Hospitalier de Territoire :

Le Centre Hospitalier de BELVES

Place Maurice Biraben
24170 BELVES

Le Centre Hospitalier Samuel POZZI

9 Avenue Calmette
24108 BERGERAC

Le Centre Hospitalier de DOMME

Rue de l'Hôpital
24250 DOMME

Le Centre Hospitalier d'EXCIDEUIL

2 Allée André Maurois
24160 EXCIDEUIL

Le Centre Hospitalier de LANMARY

Lieu-Dit Lanmary
24420 ANTONNE ET TRIGONNANT

Le Centre Hospitalier de VAUCLAIRE

24700 MONTPON MENESTEROL

Le Centre Hospitalier de NONTRON

Place de l'Eglise
24300 NONTRON

Le Centre Hospitalier de PERIGUEUX

81 Avenue Georges Pompidou
CS 61205
24019 PERIGUEUX CEDEX

Le Centre Hospitalier Intercommunal RIBERAC-DRONNE-DOUBLE

Rue Jean Moulin
24600 RIBERAC

Le Centre Hospitalier de SAINT ASTIER

Avenue du Général Leclerc
24110 SAINT ASTIER

Le Centre Hospitalier Jean LECLAIRE

CS 80201
24206 SARLAT CEDEX

Un autre établissement public de santé ou un autre établissement ou service médico-social public peut adhérer à la présente convention ultérieurement à sa signature, dès lors qu'il accepte sans réserve les stipulations de la présente convention, et qu'il n'est partie à aucun groupement hospitalier de territoire.

Son adhésion doit préalablement recueillir l'avis favorable du comité stratégique du groupement.

DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

ARTICLE 4 :

La dénomination du Groupement Hospitalier de Territoire est :

« GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE DORDOGNE »

OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

ARTICLE 5 :

Le Groupement Hospitalier de Territoire a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il vise à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé, prévu au I de la présente convention, élaboré par les établissements.

Il assure la rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

ARTICLE 6 :

L'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire est le :

Centre Hospitalier de PERIGUEUX, dont le siège est situé 80 av. G. Pompidou – 24 019 Périgueux Cedex.

Cette désignation a été approuvée par au moins deux tiers des Conseils de Surveillance des établissements parties à la présente convention.

DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES

ARTICLE 7 :

Un établissement signataire ne peut être partie à une autre convention de Groupement Hospitalier de Territoire.

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent Groupement Hospitalier de Territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention dans un délai de 24 mois, après avis du comité stratégique.

Les responsabilités inhérentes à l'exécution des missions confiées par la loi aux établissements de santé demeurent à la seule charge des établissements signataires, notamment vis-à-vis de leurs patients respectifs.

Les instances des établissements signataires restent compétentes, sous réserve des délégations de compétences qu'elles accordent, par délibération, aux instances du groupement.

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. A ce titre, la stratégie du groupement en matière santé mentale se fait dans le respect des secteurs psychiatriques. Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement et perçoit à la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé.

Titre 2. ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

ARTICLE 8 :

Les établissements et services parties à la présente convention délèguent à l'établissement support la compétence de conclure, pour leur compte, les conventions de partenariats et association avec le groupement hospitalier de territoire prévues à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique avec :

- Les hôpitaux des armées ;
- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- Les établissements privés.

ARTICLE 9 :

Le Groupement Hospitalier de Territoire est associé au Centre Hospitalier et Universitaire de BORDEAUX qui assure, pour le compte des établissements parties au groupement, les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3. Cette association fait l'objet d'une convention entre le Centre Hospitalier et Universitaire de BORDEAUX et l'établissement support du groupement.

Le CHU coordonne, au bénéfice des établissements du groupement :

- Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux,
- Les missions de recherche, dans le respect de l'article L6142-1,
- Les missions de gestion de la démographie médicale,
- Les missions de référence et de recours.

Titre 3. **GOUVERNANCE**

LE COMITE STRATEGIQUE

ARTICLE 10 :

Le Comité Stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Il propose au Directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

Composition

Il comprend :

- les directeurs des établissements visés à l'article 3 de la présente convention,
- les présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 3 de la présente convention,
- les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements visés à l'article 3 de la présente convention,
- Le président du collège médical de groupement
- Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire

Fonctionnement

Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support.
Il se réunit au moins une fois par trimestre, sur convocation de son Président.
Le comité stratégique adopte son règlement intérieur.

Il est décidé de ne pas mettre en place de bureau restreint.

INSTANCE MEDICALE COMMUNE

ARTICLE 11 :

Les commissions médicales d'établissement des établissements parties ont choisi de mettre en place un collège médical de groupement.

COLLEGE MEDICAL DE GROUPEMENT

Composition

Les présidents des commissions médicales d'établissement sont membres de droit du collège médical de groupement au titre de leurs fonctions.

La composition, établie à partir des membres élus des CME du groupement, le nombre des membres du collège médical et leur mode de désignation seront fixés dans un premier avenant à la présente convention constitutive.

La durée du mandat des membres du collège médical est liée à celle de leur mandat de membre élu d'une CME.

Le collège médical élit son Président et son vice-Président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Le Président du collège médical coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

La fonction de Président du Collège médical est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

Fonctionnement

Le collège médical de groupement se réunit au moins 3 fois par an.

Le collège médical de groupement adopte son règlement intérieur.

Compétences

Le collège médical anime la réflexion médicale de territoire de groupement. A ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement. Il donne un avis sur le projet médical partagé du groupement. Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son Président.

Les avis émis par le collège sont transmis aux membres du Comité stratégique et à chacune des CME des établissements du groupement.

INSTANCE COMMUNE DES USAGERS

ARTICLE 12 :

L'instance des usagers du groupement est mise en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, par un premier avenant à la présente convention, après avis des commissions des usagers des établissements parties.

COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT

Composition

Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques d'établissement sont membres de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement au titre de leurs fonctions.

La composition, le nombre des membres de la CSIRMT de groupement et leur mode de désignation seront fixés dans un premier avenant à la présente convention constitutive.

Le Président de la CSIRMT de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le Directeur de l'établissement support du groupement.

Fonctionnement

La commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement se réunit au minimum 3 fois par an.

Elle peut se réunir à la demande de son Président, ou à la demande des deux tiers de ses membres.

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins 7 jours avant la tenue de la séance.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement adopte son règlement intérieur.

Compétences

Les compétences déléguées à la commission soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement font l'objet d'un premier avenant à la présente convention, après délibération des commissions soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements.

Les avis émis par la CSIRMT de groupement sont transmis aux membres du Comité stratégique et à chacune des CME des établissements du groupement.

COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

ARTICLE 14 :

Composition

Le comité territorial des élus locaux est composé :

- des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement
- des maires des communes sièges des établissements parties au groupement
- du président du comité stratégique
- des directeurs des établissements parties au groupement
- du président du collège médical de groupement

Fonctionnement

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres, pour une durée de 4 ans.

Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins 1 fois par an.

Le comité territorial se réunit, soit à la demande du directeur du comité stratégique, soit à la demande de son président, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres.

Compétences

Il est chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

ARTICLE 15 :

Chacune des organisations syndicales présentes au sein d'au moins un comité technique d'établissement bénéficie d'un siège au sein de la conférence territoriale de dialogue social.

Le nombre de sièges et la répartition par organisation syndicale représentative seront définis dans le premier avenant à la présente convention constitutive.

Le Président de la Conférence est le Président du Comité stratégique.

Plusieurs membres ont voix consultative :

- Président du collège médical du groupement
- Président de la CSIRMT du groupement
- Autres membres du Comité stratégique désignés par son Président

La conférence est réunie au moins 3 fois par an, soit à la demande du président du comité stratégique, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants siégeant au sein de l'espace, soit à la demande des représentants d'au moins deux tiers des établissements parties au groupement.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont définies dans le règlement intérieur du groupement.

La conférence territoriale est informée des projets de mutualisation concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement.

Titre 4. **FONCTIONNEMENT**

ARTICLE 16 :

Le directeur de l'établissement support, pour la réalisation des activités et fonctions mentionnées à l'article L 6132-3 du code de la santé publique, s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement.

Les fonctions concernées sont les suivantes :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement,
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire,
- la fonction achats,
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

L'établissement support du groupement peut également gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements, ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

L'organisation retenue pour organiser un partage entre établissements sur la mise en œuvre des activités et fonctions mutualisées fera l'objet d'un avenant à la présente convention.

Article 17 :

Le présent groupement hospitalier de territoire constituant un groupement de fait au sens de l'article 261B du Code général des impôts, les frais et remboursements divers sont exonérés de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

Titre 5. **PROCEDURE DE CONCILIATION**

ARTICLE 18 :

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend aux conciliateurs qu'elles auront désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

Titre 6. **COMMUNICATION DES INFORMATIONS**

ARTICLE 19 :

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués pour information aux acteurs concernés, suite à leur signature.

Chacune des parties s'engage à communiquer aux autres toutes les informations qu'elle détient et qui sont nécessaires à la mise en œuvre du groupement, et notamment :

- la liste de toutes les coopérations dans lesquelles chaque partie est engagée.

Titre 7. **DUREE ET RECONDUCTION**

ARTICLE 20 :

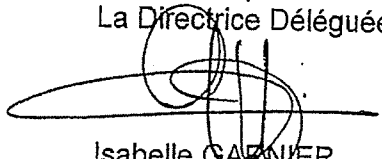
La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans et est renouvelée par tacite reconduction.

Fait à PERIGUEUX, en deux exemplaires originaux, le 30 juin 2016,

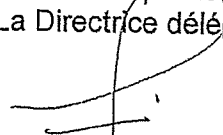
Centre Hospitalier de BELVES
Le Directeur délégué


Jean-Baptiste BRANCHE

Centre Hospitalier de DOMME
La Directrice Déléguée


Isabelle GARNIER

Centre Hospitalier de LANMAY
La Directrice déléguée


Muriel POUMEROLIE

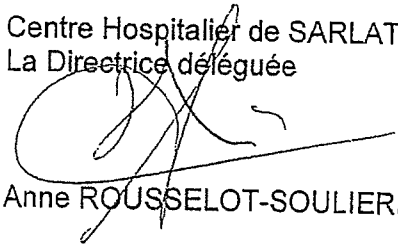
Centre Hospitalier de NONTRON
Le Directeur


Christian LAFFARGUE

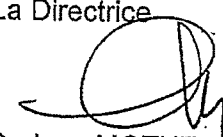
Centre Hospitalier Intercommunal
RIBERAC-DRONNE-DOUBLE
La Directrice


Maryse DELIBIE

Centre Hospitalier de SARLAT
La Directrice déléguée


Anne ROUSSELOT-SOULIERE

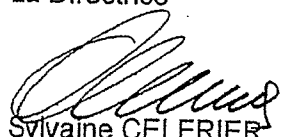
Centre Hospitalier de BERGERAC
La Directrice


Corinne MOTHES

Centre Hospitalier d'EXCIDEUIL
La Directrice


Stéphanie COHORT

Centre Hospitalier de VAUCLAIRE
La Directrice

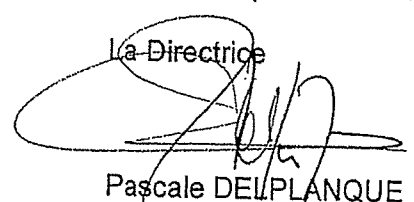

Sylvaine CELERIER

Centre Hospitalier de PERIGUEUX
Le Directeur


Thierry LEFEBVRE

Centre Hospitalier de ST ASTIER

La Directrice


Pascale DELPLANQUE

CENTRE HOSPITALIER
Jean Leclaire
24200 SARLAT

CONVENTION

Entre:

Le Centre Hospitalier de SARLAT, représenté par son Directeur, Monsieur Jacques ROMON

Et:

La Maison de Retraite du Plantier à SARLAT, représenté par son Directeur, Monsieur LELEVIER,

- Vu l'article L 6121-2 du Code de la Santé Publique - loi n° 91-748 du 31 juillet 1991,
- Vu l'article L 6121-4 du Code de la Santé Publique, modifié par la loi n° 99-477 du 09 juin 1999,
- Vu l'article L 6121-5 - Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996,
- Vu le décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992,

Il est arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1^{er} - Objet:

L'objet de la convention est de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population, d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination des soins qui lui sont dispensés, de délivrer des soins de proximité de qualité.

Article 2 - Prise en charge:

La Maison de Retraite du Plantier à SARLAT assure l'hébergement des résidents en collaboration avec le Centre Hospitalier de SARLAT pour ce qui concerne la prise en charge en santé mentale. A cet effet interviendront des médecins psychiatres et des infirmiers du Centre Hospitalier de SARLAT.

Article 3 - Intervention de l'infirmier de secteur :

L'intervention du médecin psychiatre a lieu à la demande

L'intervention de l'infirmier du Centre Hospitalier de SARLAT a lieu à la demande.

Article 4 - Engagement du Centre Hospitalier de SARLAT :

Les résidents accueillis à la Maison de Retraite du Plantier bénéficient d'un accès privilégié au Plateau Technique du Centre Hospitalier de SARLAT qui s'engage également à assurer l'admission des hospitalisations demandées par les médecins autorisés à exercer à la Maison de Retraite du Plantier.

Article 5 - Engagement de l'institution :

De son côté, la Maison de Retraite du Plantier s'engage à assurer de façon privilégiée l'admission des patients demandée par les médecins du Centre Hospitalier de SARLAT.

Article 6 - Modalités d'intervention :

La présente convention est assortie d'un protocole précisant les modalités d'intervention des infirmiers de secteur et la coordination avec la Maison de Retraite . Ce protocole est visé par le Directeur de l'institution concernée.

Article 7 - Modifications :

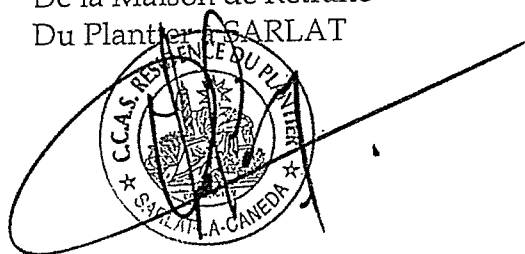
La présente convention donnera lieu à avenant en cas de modifications.

Article 8 - Durée :

La présente convention est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation de l'une ou l'autre des parties moyennant un préavis de trois mois notifié par lettre recommandée avec avis de réception.

Fait à SARLAT, le 1^{er} décembre 2011

Le Directeur
De la Maison de Retraite
Du Plantier de SARLAT



Le Directeur
du Centre Hospitalier de SARLAT

Le Directeur
Christophe MARILLESSE



Centre Hospitalier de SARLAT	U.F. : DSSI	Réf. P/DSSI/014/A
	Mots clefs : Interventions Maison de Retraite LE PLANTIER	Page 1/3 Type : <i>Protocole</i>

*Protocole d'Intervention infirmière en Maisons de
Retraite, Foyers, Centre d'Aide par le Travail*

SOMMAIRE	DESTINATAIRES
1. <i>introduction</i> 2. <i>objectifs</i> 3. <i>planification</i> 4. <i>déroulement de la visite</i> 5. <i>transmission</i> 6. <i>évaluation</i>	- Le directeur / DSSI / Les infirmiers de secteurs des C.M.P. - Les maisons de retraite publiques et privées du Département MODE DE DIFFUSION - Envoi : aux cadres de Santé de secteur - Information :

Date d'actualisation	Page	Contenu

Date de Rédaction :

Date d'approbation :

Date de mise en application :

	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
Nom			
Fonction	Cadre de Santé	Cadre Supérieur de Santé	Directeur
Visa			

Centre Hospitalier de SARLAT	U.F. : DSSI	Réf. P/DSSI/014/A
	Mots clefs : Interventions Maison de Retraite LE PLANTIER	Page 2/3 Type : <i>Protocole</i>

1. Introduction

Conformément à la convention passée entre le Centre Hospitalier de SARLAT et la Maison de Retraite du Plantier concernant l'intervention des médecins et des infirmiers (ces derniers ayant pour mission de préparer l'intervention du médecin) de secteur psychiatrique, il est convenu :

2. Objectifs :

- Identifier les troubles, repérer les symptômes, définir avec l'équipe infirmière du foyer les problèmes rencontrés par les résidents.
- Etablir ou rétablir une communication.
- Ecouter, rassurer.
- Avoir des actions de prévention.
- Apporter un soutien, une aide psychologique.
- Gérer un état de crise.
- Eviter une hospitalisation ou son contraire.
- Ecoute et soutien de l'équipe.

3. Planification :

- Les jours et les heures sont fixées dans l'article 3 de la convention passée entre les deux établissements.
- En cas d'empêchement pour l'infirmier de préparer la visite du médecin psychiatre, celui-ci prévient la direction du foyer, et le Cadre Infirmier chargé de l'extrahospitalier.
- Pendant les congés annuels, le remplacement de l'infirmier (e) n'est pas assuré.
- En cas d'urgence, le responsable de la maison de retraite ou son représentant prend contact avec le Cadre de Santé de l'extrahospitalier ou à défaut le Cadre Supérieur de Santé du secteur concerné.

4. Déroulement de la visite :

- Accueil, entretien avec un membre de l'équipe du foyer pour faire le point et établir la liste des patients à consulter.
- Visites et entretiens avec ou sans membre de l'équipe dans les locaux de la maison de retraite.

5. Transmissions :

- Synthèse orale avec l'équipe soignante, orientation éventuelle vers une consultation spécialisée.
- Compte-rendu écrit dans le dossier de soins du patient ou sur un cahier de liaison interne au foyer.

Centre Hospitalier de SARLAT	U.F. : <i>DSSI</i>	Réf. <i>P/DSSI/014/A</i>
	Mots clés : Interventions Maison de Retraite LE PLANTIER	Page 3/3 Type : <i>Protocole</i>

- Tout problème rencontré lors de la visite, doit être signalé au Directeur du centre, ainsi qu'au Cadre de Santé chargé de l'extrahospitalier.

6. Evaluation :

Ce protocole fera l'objet d'une évaluation dans un délai de 1 an à compter de sa date de mise en application et selon les critères suivants :

- 1) les objectifs posés sont appropriés
- 2) le déroulement de la visite est conforme à la description faite dans le protocole
- 3) le déroulement des transmissions est conforme au protocole
- 4) le protocole établi est complet.

**CONVENTION CONSTITUTIVE
GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC
Blanchisserie inter-hospitalière
Périgueux-Ribérac-Sarlat**

SOMMAIRE

Titre 1^{er} : Constitution du groupement	4
Article 1 - Constitution et dénomination	4
Article 2 - Objet et moyens	4
Article 3 - Siège	5
Article 4 - Délimitation géographique	5
Article 5 - Durée	5
Article 6 - Adhésion	5
6.1. Principe d'acceptation de nouveaux adhérents	5
6.2. Conséquences d'acceptation de nouveaux adhérents	5
Article 7 - Capital	6
Article 8 - Mise à disposition de moyens immobiliers et mobiliers	6
Article 9 - Droits et obligations	6
Article 10 - Contribution des membres	7
Article 11 - Retrait – Exclusion	7
11.1. Retrait	7
11.2. Conditions financières de retrait	8
11.3. Exclusion	8
Article 12 - Approbation de l'autorité compétente	8
Titre II – Administration du groupement	9
Article 13 - Assemblée Générale	9
13.1. Composition	9
13.2. Fonctionnement	9
13.3. Compétences	11
Article 14 - Conseil d'Administration	11
14.1. Composition	11
14.2. Fonctionnement	12
14.3. Compétences	12
Article 15 - Contrôle de légalité	12
Article 16 - Le Directeur du groupement	13
Article 17 - Modalités d'organisation des services	13
Article 18 - Comités consultatifs	13
Article 19 - Règlement intérieur	13

Titre III – Fonctionnement du groupement.....	14
Article 20 - Personnel du groupement.....	14
Article 21 - Propriété des équipements.....	14
Article 22 - Engagements des membres contractés avant la constitution du groupement	14
Article 23 - Règles de comptabilité.....	15
Article 24 - Recettes du groupement.....	15
Article 25 - Budget	15
Article 26 - Résultats de l'exercice	15
Article 27 - Contrôle des comptes	
Article 28 - Commissaire du Gouvernement	16
Article 29 - Marchés	16
 Titre IV – Dissolution – Liquidation – Condition suspensive	17
Article 30 - Dissolution	17
Article 31 - Liquidation	17
Article 32 - Dévolution des biens.....	17
Article 33 - Condition suspensive.....	17
Article 34 - Règlement des litiges et contentieux.....	17

TITRE 1^{ER} : CONSTITUTION DU GROUPEMENT

Article 1 - CONSTITUTION ET DENOMINATION

Il est constitué entre les adhérents fondateurs :

- ✓ **Le Centre Hospitalier de Périgueux,**
Représenté par son Directeur, **Monsieur MEDEE Patrick**, autorisé aux présentes par délibération du Conseil d'Administration, n° 4793 du 27 janvier 2006,
- ✓ **Le Centre Hospitalier de Sarlat,**
Représenté par son Directeur, **Monsieur MARILLESSE Christophe**, autorisé aux présentes par délibération du Conseil d'Administration, n° 1-2006 du 21 avril 2006,
- ✓ **L'Hôpital local de Ribérac,**
Représenté par son Directeur, **Monsieur CHATELAS Christian**, autorisé aux présentes par délibération du Conseil d'Administration, n° 2006-06 du 19 janvier 2006.

Un Groupement d'Intérêt Public régi par la loi n°82-610 du 15 juillet 1982, par les décrets n°88-1034 du 7 novembre 1988 et 89-918 du 21 décembre 1989 ainsi que par la présente convention.

Le Groupement est dénommé :

Groupement d'Intérêt Public «Blanchisserie inter-hospitalière Périgueux, Ribérac, Sarlat».

Article 2 - OBJET ET MOYENS

Objet : Fonctionnement d'une blanchisserie inter-hospitalière réunissant les établissements de Périgueux, Ribérac et Sarlat.

A cet effet, il se dote de l'infrastructure immobilière et mobilière indispensable à la réalisation de sa mission par apport des adhérents, par acquisition propre ou par mise à disposition de moyens de la part des adhérents conformément à l'article 8 de la présente convention.

Il en garantit l'entretien et/ou le renouvellement.

Le groupement fournit des biens et des services, sa vocation principale est le blanchissage du linge des établissements publics ou privés et des collectivités locales agissant dans le domaine de l'action sanitaire et sociale.

Le programme d'action du groupement pour l'ensemble de la durée prévue au présent contrat, ses programmes annuels ou pluriannuels et la répartition détaillée des tâches des membres, peuvent être fixés dans des protocoles annexes en fonction de l'évolution de l'activité concernée par l'objet social de la convention de groupement.

Convention constitutive

Mise à jour 3 Mai 2006

Article 3 - SIEGE

Le siège du groupement est fixé au :

Centre Hospitalier de Périgueux
80 avenue Georges Pompidou
24 019 PERIGUEUX Cedex

Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision de l'Assemblée Générale extraordinaire.

Article 4 - DELIMITATION GEOGRAPHIQUE

Le groupement couvre tout le département de la Dordogne.

Article 5 - DUREE

Le groupement est constitué pour une durée initiale de vingt ans (20).

Il prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté d'approbation de la présente convention du Ministre de l'emploi et de la solidarité et du Préfet du département par délégation.

La durée du groupement peut être prorogée par avenant, pour une période identique ou inférieure par décision de l'Assemblée Générale extraordinaire et soumis à approbation dans les mêmes formes que pour la convention constitutive.

Article 6 - ADHESION

6.1. Principe d'acceptation de nouveaux adhérents

Au cours de son existence, le groupement peut accepter de nouveaux adhérents, par décision de l'Assemblée Générale, sur proposition du Conseil d'Administration.

La demande d'adhésion est formulée par écrit.

Son acceptation et ses conditions sont fixées par avenant à la présente convention. Cette convention ne peut contenir de disposition contraire à l'article 9 des présentes.

Cette procédure est applicable dans le cas d'absorption d'un établissement membre par un tiers établissement ou opération assimilée, et s'applique également aux opérations de fusion totale ou partielle impliquant des établissements dotés d'une personnalité morale de droit public.

6.2. Conséquences d'acceptation de nouveaux adhérents

L'acceptation de tout nouveau membre entraînant une augmentation du tonnage de la production de la blanchisserie du G.I.P. est soumise à l'agrément de l'Assemblée Générale, qui devra se traduire par un vote à l'unanimité.

Convention constitutive

L'augmentation de la production due à la modification de l'activité d'un des établissements membre du groupement ne nécessite aucune procédure particulière.

Article 7 - CAPITAL

Le groupement est constitué sans capital.

Article 8 - MISE A DISPOSITION DE MOYENS IMMOBILIERS ET MOBILIERS

Dans le cadre de la constitution du groupement, le Centre Hospitalier de Périgueux mettra à disposition du groupement les locaux et équipements nécessaires à la réalisation de l'objet social de la présente convention.

Article 9 - DROITS ET OBLIGATIONS

Les droits statutaires des membres fondateurs du groupement sont établis proportionnellement par référence, d'une part, au volume des moyens mis à disposition du G.I.P. et, d'autre part, aux besoins exprimés par chaque établissement dans le cadre de l'objet social défini par l'article 2, soit :

✓ Le Centre Hospitalier de Périgueux	77.33 / 100
✓ Le Centre Hospitalier de Sarlat	18.28 / 100
✓ L'Hôpital local de Ribérac	4.39 / 100

Cette répartition pourra être révisée annuellement dans les mêmes conditions suivant l'évolution du nombre de biens et de prestations de service, notamment du tonnage de linge facturé à chaque adhérent du groupement concerné par la fonction linge du G.I.P.

Pendant la durée initiale du groupement et compte tenu du fait que les membres fondateurs sont les seuls contributeurs à l'infrastructure immobilière et mobilière, les droits statutaires cumulés des dits membres fondateurs ne peuvent être inférieurs à la majorité plus un.

Les établissements fondateurs s'obligent mutuellement et exclusivement à recourir aux prestations du groupement pour la fourniture des éléments principaux de leur fonction linge, conformément à l'objet même de la constitution du groupement et ce, pendant toute sa durée.

Dans leurs rapports entre eux, ils sont tenus aux obligations du groupement dans les mêmes proportions que ci-dessus.

Les adhérents ultérieurs intéressés par la fonction linge seront astreints aux mêmes obligations. Leurs droits statutaires seront également déterminés par les dispositions de l'article 9 des présentes.

Dans leurs rapports avec les tiers, les adhérents ne sont pas solidaires ; ils sont responsables des dettes du groupement au prorata de leurs droits statutaires.

L'activité du groupement étant une activité économique de prestations de services, elle doit s'autofinancer dans le respect de l'équilibre des comptes de gestion.

Article 10 - CONTRIBUTION DES MEMBRES

Les contributions des membres aux charges du groupement sont calculées dans les proportions prévues à l'article 9 sous réserve d'accords particuliers, susceptibles d'être adoptés par le Conseil d'Administration.

Les contributions des membres sont fournies :

- sous forme de participation financière au budget annuel,
- sous forme de mise à disposition de personnels rémunérés,
- sous forme de mise à disposition de locaux,
- sous forme de mise à disposition de matériel qui reste la propriété du membre, sous toute autre forme de contribution au fonctionnement du groupement, la valeur étant appréciée d'un commun accord.

Les modalités de participation des membres lors de la constitution du groupement sont définies sur la base du compte d'exploitation du G.I.P.

Elles sont le cas échéant révisées chaque année dans le cadre de la préparation du projet de budget.

Elles le sont automatiquement pour la fonction linge, afin d'actualiser au moins une fois par an le coût par catégorie de linge lavé.

Article 11 - RETRAIT – EXCLUSION

11.1. Retrait

11.1.1 Retrait au terme de la convention de G.I.P.

Au terme de la période initiale d'exécution de la présente convention, tout adhérent peut se retirer du groupement, sous réserve qu'il ait notifié son intention douze mois avant le terme de cette période.

Un avenant à la présente convention devra prévoir les modalités –notamment financières- de ce retrait en fonction du niveau de contribution aux charges fixes et variables engagées pour le fonctionnement du groupement.

Cet avenant devra être approuvé par l'Assemblée Générale Extraordinaire.

11.1.2 Retrait anticipé

Tout retrait anticipé devra :

- être précédé d'un préavis de 12 mois visé par le Conseil d'administration de l'établissement concerné et du G.I.P.

- satisfaire aux dispositions financières de l'article 11.2. qui suit
- ne sera possible qu'à la condition que le prix de revient du kilo de linge en vigueur, dans l'année où celui-ci est sollicité par l'adhérent, ne s'en trouve pas affecté à la hausse

La cession de droit à des tiers est réputée nulle et non avenue. Seules les cessions de droits sociaux entre les membres du groupement peuvent produire des effets, à la condition d'avoir été autorisées par décision de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

11.2. Conditions financières de retrait

L'adhérent qui sollicite son retrait du G.I.P. s'engage à verser au plus tard à la fin de l'année de l'exercice comptable au cours duquel il présente sa demande de retrait, une indemnité correspondant à :

La valeur des annuités de remboursement de l'emprunt portant sur l'acquisition des biens mobiliers et immobiliers affectés à la fonction linge, rapportée au prorata des droits sociaux dont l'adhérent est titulaire.

La valeur des biens susvisés s'entend au taux d'intérêts d'emprunts contracté à la date de sa levée par le Centre Hospitalier de Périgueux.

A cette indemnité s'ajoute une pénalité pour frais de dénouement des engagements de l'adhérent, s'élevant à dix (10) fois le montant de la cotisation annuelle fixée par le Règlement Intérieur.

11.3. Exclusion

L'exclusion d'un adhérent peut être prononcée, sur proposition du Conseil d'Administration, par l'Assemblée Extraordinaire, en cas d'inexécution de ses obligations.

En ce cas, l'adhérent susceptible de faire l'objet d'une exclusion, ne pourra pas participer au vote.

Le représentant de la personne morale concernée est préalablement entendu par le Conseil d'Administration, en vue de dégager des voies de règlement amiable et de conciliation possibles.

Les dispositions financières et autres prévues à l'article 11.2. pour le retrait s'appliquent au membre exclu.

Article 12 - APPROBATION DE L'AUTORITE COMPETENTE

Les décisions prises en application des articles 6 et 10 de la présente convention ne prennent effet qu'après constatation de leur caractère exécutoire par l'autorité compétente dont dépendent les signataires.

TITRE II – ADMINISTRATION DU GROUPEMENT

Article 13 - ASSEMBLEE GENERALE

13.1. Composition

L'Assemblée Générale est composée de l'ensemble des adhérents du groupement.

Les représentants des adhérents du groupement sont désignés pour une durée de trois ans par l'assemblée délibérante de chaque collectivité adhérente.

Le mandat prend fin par la perte de la qualité de membre de l'assemblée dont est issu le délégué.

Chaque membre fondateur dispose d'un nombre de représentants fixé comme suit :

Le Centre Hospitalier de Périgueux est représenté par :

- Le Directeur ou son représentant,
 - 4 membres désignés par son Conseil d'Administration,
- Soit cinq (5) représentants au total.

Le Centre Hospitalier de Sarlat représenté par:

- Le Directeur ou son représentant,
 - 2 membres désignés par son Conseil d'Administration,
- Soit trois (3) représentants au total.

L'Hôpital local de Ribérac représenté par :

- Le Directeur ou son représentant,
 - 1 membre désigné par son Conseil d'Administration,
- Soit deux (2) représentants au total.

La représentation de tout nouvel adhérent et la représentation des adhérents initiaux sera fixée par avenant à la présente convention.

13.2. Fonctionnement

La présidence de l'Assemblée Générale est assurée par le Président du Conseil d'Administration ou par le Vice-président en cas d'empêchement du Président.

Elle se réunit sur convocation du Président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le tiers de ses membres. Le vote par procuration est autorisé. Nul ne peut être porteur de plus d'une procuration.

Elle est convoquée par lettre quinze jours au moins à l'avance. La convocation indique l'ordre du jour et le lieu de réunion. L'ordre du jour est fixé par le Conseil d'Administration. Toutefois, en cas d'urgence, l'Assemblée Générale est convoquée sans délais.

L'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les deux tiers des membres sont présents ou représentés en nombre de voix. Si la réunion ne peut se tenir valablement, les membres sont convoqués pour une nouvelle réunion dans un délai qui ne peut être supérieur à un mois. Les délibérations sont alors valables quel que soit le nombre de membres présents.

Les modalités suivantes de vote pour les délibérations de l'Assemblée Générale sont applicables :

- ✓ Les décisions ordinaires sont prises à la majorité simple des voix.
- ✓ Les décisions extraordinaires sont prises à l'unanimité des voix.
- ✓ Les décisions de l'Assemblée Générale extraordinaire sont relatives à :
 - l'admission de nouveaux adhérents : en cas de nouvelles adhésions, les décisions extraordinaires seront prises non plus selon la règle de l'unanimité, mais à la majorité des 2/3.
 - l'exclusion d'un adhérent
 - la modification de la présente convention
 - la dissolution du présent groupement
 - les modalités financières de cette dissolution ou d'un retrait ou d'une exclusion d'un adhérent du groupement

La décision d'exclusion d'un adhérent est prise à l'unanimité des voix des membres présents dès lors que toute tentative de conciliation a été renouvelée.

Dans le cas d'une exclusion, l'unanimité s'entend abstraction faite de la voix de l'adhérent dont l'exclusion est demandée.

En cas de difficulté consécutive à un litige relatif au vote, ou de toute autre difficulté d'adoption d'une décision inscrite à l'ordre du jour, celle-ci, sur décision du Président, est renvoyée pour examen devant le Conseil d'Administration du G.I.P. qui aura compétence pour réexaminer la question.

Les décisions de l'Assemblée Générale sont consignées dans un procès-verbal et sont opposables à tous les membres.

Le Directeur du groupement, le directeur de l'A.R.H. ou son représentant, l'Agent Comptable assistent aux réunions de l'Assemblée Générale avec voix consultative.

13.3. Compétences

L'Assemblée Générale délibère sur les questions mises à l'ordre du jour.

a) Sont de la compétence de l'Assemblée Générale Ordinaire :

- ✓ L'approbation des comptes de chaque exercice et les modalités de traitement des résultats d'exploitation dans le respect des dispositions de l'article 24 de la présente convention ;
- ✓ L'approbation de modification du règlement intérieur sur proposition du Conseil d'Administration. (cf. article 19).

b) Sont de la compétence de l'Assemblée Générale Extraordinaire :

- ✓ Toute modification de l'acte constitutif de la convention de G.I.P.
- ✓ La prorogation ou la dissolution anticipée du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation,
- ✓ L'exclusion d'un membre,
- ✓ L'admission de nouveaux membres,
- ✓ Les modalités financières et autres de retrait d'un membre du groupement, étant précisé que dans ce dernier cas, l'adhérent concerné par ce retrait ne participe pas au vote relatif à cette décision,
- ✓ Le transfert du siège social du G.I.P.

Article 14 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

14.1. Composition

Le groupement est administré par un Conseil d'Administration ainsi composé :

1. Du Directeur et du Président du Conseil d'Administration de chaque établissement membre ou de leurs suppléants préalablement désignés.
2. La composition du Conseil d'Administration du G.I.P. est complétée par un membre désigné par le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Périgueux.
3. Deux représentants supplémentaires pour chaque adhérent ultérieur.

Les droits de vote par représentant sont déterminés au prorata des droits statutaires de chaque adhérent sous réserve de l'éventuelle révision de ces droits prévue à l'article 9 des présentes.

Le Directeur du groupement, le Commissaire du Gouvernement mentionnés à l'article précédent et l'Agent Comptable assistent aux réunions du Conseil d'Administration avec voix consultative.

14.2. Fonctionnement

Le Conseil d'Administration se réunit au moins deux fois par an et aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige, sur la convocation de son Président ou à la demande de deux tiers de ses membres.

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si les deux tiers des membres sont présents. Si la réunion ne peut se tenir valablement, les membres sont convoqués pour une nouvelle réunion dans un délai qui ne peut être supérieur à quinze jours. Les décisions sont alors régulièrement prises quel que soit le nombre de membres présents.

Les modalités suivantes de vote pour les décisions du Conseil d'Administration sont applicables.

Les décisions du Conseil d'Administration sont prises à la majorité simple des droits de vote des membres présents, à l'exception des délibérations relatives au a) de l'article 14.3., qui sont prises à la majorité des deux tiers de ces droits de vote.

Le Conseil d'Administration élit un Président et un Vice président parmi ses membres fondateurs pour une durée de trois ans.

14.3. Compétences

Le Conseil d'Administration prend toutes les décisions utiles au fonctionnement du Groupement.

Il délibère notamment sur les objets suivants :

- a) La nomination et la cessation des fonctions du Directeur du groupement.
- b) L'organisation générale du groupement et, notamment, la nomination et la cessation des fonctions, sur proposition du Directeur, du responsable placé à la tête de la fonction « linge » et la définition de l'organigramme de fonctionnement.
- c) L'adoption du budget, le programme annuel d'activités, les programmes d'investissements, les budgets, la fixation des coûts par catégories de linge lavé ainsi que, le cas échéant, les prévisions d'emploi de personnels réalisées sous forme de mise à disposition de personnels.
- d) L'application du règlement intérieur du groupement.
- e) La convocation des assemblées générales en formation ordinaire ou extraordinaire et les points qui seront soumis à l'ordre du jour.
- f) Toute autorisation d'ester en justice et de transaction accordée au Directeur du groupement.

Article 15 - CONTROLE DE LEGALITE

Sont transmis à l'Autorité compétente pour information, le budget, le programme d'investissements de l'année et leurs modifications éventuelles, ainsi que les comptes et le rapport d'activité dès qu'ils ont été adoptés par l'Assemblée Générale.

Est également porté à la connaissance de l'Autorité compétente tout projet de décision de nature à affecter la consistance des activités de l'établissement telles qu'elles ont été agréées ou autorisées par elle.

Article 16 - LE DIRECTEUR DU GROUPEMENT

Sur proposition de son Président, le Conseil d'Administration nomme pour la durée de 3 ans un directeur ne pouvant être administrateur du G.I.P.

Ce Directeur, choisi parmi les membres du personnel de direction des adhérents, assure le fonctionnement du groupement sous l'autorité du Conseil d'Administration et dans les conditions fixées par celui-ci.

Dans les rapports avec les tiers, le Directeur du groupement l'engage par tout acte entrant dans son objet.

Article 17 - MODALITES D'ORGANISATION DES SERVICES

Les adhérents fondateurs conviennent de confier, dans un souci de rationalisation des dépenses, la logistique administrative et budgétaire du groupement au Centre Hospitalier de Périgueux.

Les modalités pratiques d'exécution, qui détermineront notamment les compensations financières inhérentes à cette activité, en seront définies dans une convention particulière.

Article 18 - COMITES CONSULTATIFS

Compte tenu du fait que l'ensemble des agents est mis à disposition du G.I.P. par le Centre Hospitalier de Périgueux, il est admis que les questions relevant du CTE ou du CHSCT sont évoquées dans le cadre des instances du Centre Hospitalier de Périgueux.

Néanmoins, sur proposition du Conseil d'Administration, pourront être créés si besoin est, des comités consultatifs chargés de faire des propositions pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations délivrées par le G.I.P. à ses adhérents.

Article 19 - REGLEMENT INTERIEUR

Le Conseil d'Administration a compétence exclusive pour établir et modifier le règlement intérieur relatif à l'administration et au fonctionnement du groupement. Il est ensuite adopté par l'assemblée générale ordinaire.

TITRE III – FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT

Article 20 - PERSONNEL DU GROUPEMENT

Les personnels mis à disposition du groupement par le Centre Hospitalier de Périgueux conservent leur statut d'origine.

L'employeur d'origine garde à sa charge leurs salaires, leur couverture sociale, leurs assurances et conserve la responsabilité de gestion de leur carrière.

Ces personnels mis à disposition du groupement le sont contre remboursement, par le groupement à l'établissement d'origine, des frais y afférents, exposés par lui dans les conditions définies au titre IV du statut de la fonction publique hospitalière.

Les personnels mis à disposition du groupement sont placés sous l'autorité fonctionnelle du Directeur du groupement. Ils sont remis à la disposition du Centre Hospitalier de Périgueux soit par décision du Conseil d'Administration sur proposition du Directeur du groupement, soit à la demande du Centre Hospitalier de Périgueux, soit à la demande des personnels concernés, ou en cas de dissolution du groupement.

Article 21 - PROPRIETE DES EQUIPEMENTS

Les biens immobiliers et mobiliers mis à la disposition du groupement par le Centre Hospitalier de Périgueux restent la propriété du Centre Hospitalier de Périgueux.

Les constructions ou aménagements, les matériels achetés ou développés en commun appartiennent au groupement.

En cas de dissolution du groupement, les biens désignés à l'alinéa 1 restent la propriété du Centre Hospitalier de Périgueux et les biens désignés dans l'alinéa 2, seront dévolus dans les conditions qui seront fixées par décision du Conseil d'Administration précédant la dissolution.

Article 22 - ENGAGEMENTS DES MEMBRES CONTRACTES AVANT LA CONSTITUTION DU GROUPEMENT

L'ensemble des engagements pris avant la publication au Journal Officiel de l'arrêté d'approbation du présent contrat constitutif de G.I.P. sera repris par le groupement à l'issue d'un vote de l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration qui procédera à cette formalité dès son élection.

Article 23 - REGLES DE COMPTABILITE

Le groupement étant initialement composé exclusivement de personnes morales de droit public, est donc soumis aux règles de la comptabilité publique fixées par le décret du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique.

L'agent comptable du groupement est nommé par arrêté du ministre chargé du budget.

L'exercice budgétaire et comptable commence le 1^{er} janvier et est clôturé le 31 décembre de chaque année. Par exception, le premier exercice débute à la date de publication de l'approbation de la présente convention et se termine au 31 décembre de la même année.

Article 24 - RECETTES DU GROUPEMENT

Les recettes annuelles du groupement se composent :

1. Du revenu de la fourniture de biens et de services de la fonction linge du groupement.
2. Des subventions des collectivités publiques et des personnes morales à but non lucratif.
3. Des dons et legs en espèces ou en nature consentis par des tiers et acceptés par l'Assemblée Générale.

Article 25 - BUDGET

Le budget est voté chaque année par le Conseil d'Administration.

Il inclut l'ensemble des opérations de produits et de charges prévues pour l'exercice, en distinguant les opérations de fonctionnement et les opérations d'investissement.

Le budget est voté en équilibre réel.

Article 26 - RESULTATS DE L'EXERCICE

Les comptes et résultats sont transmis à l'agent comptable.

Le groupement ne donnant lieu ni à la réalisation ni au partage des bénéfices, l'excédent éventuel des produits d'un exercice est affecté en tout ou partie à la constitution de réserves, à la couverture des charges d'exploitation de l'exercice suivant ou au financement des dépenses d'investissement.

Au cas où les charges dépassent les produits de l'exercice, le déficit est prioritairement imputé sur la réserve et, pour le surplus, couvert par la réduction des charges de l'année en cours ou par le réajustement des prix des prestations fournies par le groupement aux établissements membres ou clients à titre exceptionnel et sur des durées limitées.

Article 27 - CONTROLE DES COMPTES

Les comptes du groupement sont jugés par la Chambre Régionale des Comptes en vertu de l'article L211-4 du code des juridictions financières.

Article 28 - COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT

Le directeur de l'A.R.H. ou son représentant exerce la fonction de Commissaire du Gouvernement auprès du groupement.

Il est convoqué à toutes les réunions de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration et a droit de regard sur l'ensemble des documents.

Article 29 - MARCHES

Les marchés passés par le groupement sont soumis aux dispositions du Code des Marchés Publics applicables aux Etablissements Publics de Santé.

Le G.I.P. pourra se doter d'une commission d'appel d'offres composée comme suit :

- Président : Le Directeur du G.I.P.,
- Membres à voix délibératives : deux membres désignés par le Conseil d'Administration du G.I.P. auxquels s'ajoutent les personnes (ou personnalités compétentes) prévues par le Code des Marchés Publics, selon le type de procédure auquel recourt le G.I.P. pour conclure ses marchés.

TITRE IV – DISSOLUTION – LIQUIDATION – CONDITION SUSPENSIVE

Article 30 - DISSOLUTION

Le groupement est dissout de plein droit à l'échéance du terme contractuel, sauf décision de prorogation prise dans les conditions fixées à l'article 5 de la présente convention.

Il peut en outre être dissout :

- ✓ Par abrogation de l'acte d'approbation pour justes motifs
- ✓ Par décision de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Article 31 - LIQUIDATION

La dissolution du groupement entraîne sa liquidation, mais la personnalité morale du groupement subsiste pour les besoins de celle-ci.

L'Assemblée Générale fixe les modalités de la liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs.

Article 32 - DEVOLUTION DES BIENS

Les biens sont dévolus conformément aux dispositions de l'article 21.

Article 33 - CONDITION SUSPENSIVE

La présente convention est conclue sous réserve de son approbation par l'autorité administrative qui en assure la publicité conformément à l'article 21 de la loi du 15 juillet 1982 et au décret n°88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale.

Article 34 - REGLEMENT DES LITIGES ET CONTENTIEUX

En cas de litige entre membres adhérents et sous réserve d'épuisement des voies de conciliation ou de règlement amiable préalables, le contentieux est soumis au juge administratif du siège social du groupement.

Fait à Périgueux, le 3 mai 2006.

**Le Représentant Légal
Du Centre Hospitalier de Périgueux**

**Le Représentant Légal
Du Centre Hospitalier de Sarlat**

**Le Représentant Légal
De l'Hôpital Local de Ribérac**

Année : 2006

Numéro : 01

OBJET
Constitution
d'un GIP

CONSEIL D'ADMINISTRATION du
CENTRE HOSPITALIER DE SARLAT

Extrait du registre des délibérations : séance du 21 avril 2006

L'an deux mille six et le 21 avril à 17 heures, le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de SARLAT s'est réuni sous la présidence de Monsieur Jean Jacques DE PERETTI, Président.

Membres présents ou représentés :

Monsieur Jean-Jacques DE PERETTI, Président du Conseil d'Administration,
Monsieur Michel GARRIGOU, vice-président du Conseil d'Administration,
Madame TISSERAND, représentante du conseil municipal,
Madame MARGAT, représentante du conseil municipal,
Monsieur DROIN, vice-président du conseil général de la Dordogne,
Monsieur LAVEAU, personnalité qualifiée non médicale et non paramédicale,
Madame MAUGIS, personnalité qualifiée paramédicale,
Monsieur le Docteur KUREEMAN, représentant de la C.M.E.,
Monsieur ROUSSEAU, représentant des usagers,
Madame DAUDRIX, représentante de la commission de soins infirmiers,
Madame CIVEL, représentante du personnel syndicat F.O.,

Assistent également à la séance :

Monsieur MARILLESSE, Directeur
Mademoiselle NAVARRI, Directeur-Adjoint,
Madame DELOMENIE, Directeur des Soins,

Absents ou excusés :

Mr. le Docteur ROCHER, Mr. le Docteur JALAL, Mme SENILLON, Mme MANET, Mme FAYOUT-BOUCHIBA,
Mme GATINEL, Mr. le Docteur TOMATIS, Mme GATINEL, Mme TRAVERS, Mme DENIS, Mr. le Directeur
des Affaires Sanitaires et Sociales, Mr. le Directeur Départemental de la Prévention et de la Solidarité, Mr. Le
directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, Mr. Le directeur de la DDSP, Mme le médecin inspecteur
départemental de la santé, Mr. Le directeur de la DRASS, Mme le médecin inspecteur régional de la santé, Mr. le
Sous-Préfet, Mr. le Percepteur.

Convention constitutive du Groupement d'Intérêt Public (GIP) en
Blanchisserie

Un partenariat entre les centres hospitaliers de RIBERAC, PERIGUEUX et
SARLAT a été mis en place dans le cadre d'une blanchisserie inter-
hospitalière.

Une convention constitutive a été élaborée et il convient que les membres du
conseil d'administration se prononcent sur ce document.

Après en avoir délibéré, les membres du conseil d'administration émettent un
avis favorable à cette convention selon le vote suivant :

Pour : 8

Contre : 0

Abstention : 3



Extrait certifié conforme (certification du caractère exécutoire)
Le Président du Conseil d'Administration
J.J. DE PERETTI

**CONVENTION ENTRE L'HOSPITALISATION A DOMICILE
DU CENTRE HOSPITALIER DE SARLAT ET
LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES ÂGÉES DEPENDANTES**

Vu le décret 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Vu le décret 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Vu l'arrêté du 24 mars 2009 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Entre d'une part

Centre Hospitalier Jean Leclaire

Numéro FINESS : 24 0000 448

Le Pouget – CS 80201 – 24206 SARLAT CEDEX

Représenté par Monsieur Christophe MARILLESSE

Directeur

Et d'autre part

Nom complet et raison sociale de l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées :

EHPAD... Résidence du Plantier.....

Numéro FINESS :24.....000.....98.....94.....

Adresse complète : Chemin des Monpès, 24 200 SARLAT LA CANEDA

Représenté par : Monsieur Joel LE LEVIER

Fonction : Directeur

Etablissement bénéficiant d'une autorisation accordée conformément au quatrième alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles.

Il a été convenu ce qui suit :

L'EHPAD sollicite l'intervention de l'HAD afin de répondre aux besoins en soins d'un résident et afin d'éviter une hospitalisation complète. La demande se fait sur prescription médicale du médecin traitant. L'HAD se portera alors partenaire dans la prise en charge pour des soins spécifiques comme précisé dans l'arrêté du 24 mars 2009 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R.6121-4 du code de la santé publique.

La décision d'admission en HAD du résident, hébergé dans l'EHPAD, fait l'objet d'une décision et d'une concertation collégiale entre les directions des deux structures après avis des deux médecins coordonnateurs.

L'HAD n'a pas pour vocation de venir couvrir le besoin médico-social de l'EHPAD et interviendra sur un axe sanitaire qui relève de sa compétence.

Article 1 – Objet de la convention

Ce document établit les règles de partenariat qui fondent les relations entre l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et la structure d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de SARLAT.

Cette convention a pour finalité de définir précisément les modes de fonctionnement établis entre ces deux structures, lors d'une prise en charge par l'HAD d'un résident de l'EHPAD.

Les deux structures (HAD et EHPAD) s'engagent à mettre en place tous les moyens nécessaires à la prise en charge conjointe du résident, afin d'optimiser et de sécuriser les soins administrés.

Toute mission confiée fait l'objet d'une note écrite signée sur le modèle de l'annexe 1 de la circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007. Son acceptation implique l'adhésion préalable à l'ensemble des éléments de la présente convention.

Article 2 – Prescription de l'HAD

L'HAD du centre hospitalier de SARLAT est sollicitée sur demande du médecin traitant du résident après avis du médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Article 3 – Indications pour la prescription

L'intervention de l'HAD ne peut être réalisée que lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'état du résident nécessite une ou des interventions techniques, justifiées par une ou des affections aiguës d'affections chroniques,
- le résident, faute d'HAD, aurait dû être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation complète,
- les modes de prises en charge principaux ou associées ne sont pas redondants avec ceux effectués par l'établissement d'hébergement (cf. l'arrêté du 24 mars 2009)

Afin de justifier ce choix de recours, le médecin coordonnateur de l'EHPAD inscrira dans le dossier de soins du résident les raisons qui l'ont amené à donner un avis favorable à l'intervention du HAD.

Article 4 – Modalités de la prise en charge

Avant toute prise en charge dans le cadre de la présente convention, les parties médicales et administratives des deux structures ainsi que le médecin traitant du résident signeront le protocole d'accord nominatif d'intervention figurant à l'annexe 1 de cette présente convention, conformément à la circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007.

En fin de prise en charge, dans le cadre des temps de coordination, l'anticipation de la sortie sera effectuée par l'observation d'un délai de prévenance.

Article 5 – Protocole de soins

Chaque mission donnera lieu systématiquement à la signature entre les deux établissements d'un protocole de soins, intégrant les modalités spécifiques de chaque prise en charge d'un résident. Le modèle de ce protocole figure en annexe 2 de cette présente convention, conformément à la circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007.

Toute modification de la prise en charge donnera lieu à la rédaction d'un nouveau protocole de soins. Cette réactualisation sera effectuée, si nécessaire, dans le cadre d'une réunion de concertation entre les personnels des deux établissements.

Article 6 – Articulation des missions et responsabilités entre les deux structures

Au moment même de l'intervention de l'HAD en EHPAD, les deux structures s'entendent sur une répartition des missions et responsabilités dans le cadre d'un document signé sur le modèle de celui figurant en annexe 3.

Article 7 – Gestion du circuit du médicament

Les signataires confirment le mode de gestion des médicaments suivant un des deux modes d'organisation suivants, la prise en charge (approvisionnement, dispensation) :

- des médicaments nécessaires au traitement de(s) pathologie(s) intercurrente(s) ayant justifié l'intervention de la structure d'HAD du centre hospitalier de SARLAT est assurée et financée par cette dernière sur prescription spécifique du médecin traitant ;
- des médicaments habituellement prescrits par le médecin traitant pour le résident dans le cadre des soins pris en charge par l'EHPAD est assurée et éventuellement financée par ce dernier (financement assuré dans le cas de tarif partiel avec PUI ou de tarif global).

La prise en charge (approvisionnement, dispensation) de l'ensemble des médicaments est assurée par la pharmacie de groupement de coopération sanitaire qui inclut l'HAD du centre hospitalier de SARLAT et l'EHPAD. Une séparation stricte des prescriptions entre médicaments habituellement dispensés au résident et médicaments nécessaires au traitement des pathologies ayant justifié l'intervention de la structure d'HAD permet une ventilation ultérieure des charges entre l'EHPAD pour les premiers et HAD pour les seconds.

La répartition de cette prise en charge est explicitée dans l'annexe 4 de cette présente convention, conformément à la circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007.

Ce dernier document sera complété et signé dès la première prescription dans le cadre de l'HAD, renouvelé à chaque modification d'au moins une des prescriptions et inséré dans le dossier patient disponible à son chevet.

Article 8 – Dossier de soins et renseignements à caractère médical

L'EHPAD et le service d'HAD du centre hospitalier de SARLAT décident qu'au cours de l'intervention de l'HAD en EHPAD pour la prise en charge d'un résident les informations à caractère médical, soignant, et médico-social relatives à ce résident seront enregistrées en tenant compte de la réglementation relative à la confidentialité des données.

Article 9 – Evaluation du partenariat

Les deux signataires s'engagent à se réunir au moins une fois par an pour évaluation de leur coopération dans le cadre du partenariat prévu par la présente convention. Cette évaluation portera au minimum sur les points suivants :

- délai moyen d'attente avant l'intervention de la structure d'HAD ;
- nombre de demandes d'hospitalisation en HAD non satisfaites et raisons invoquées par la structure d'HAD ;
- nombre de séjours et de journées d'hospitalisation complète en établissement de soins de courte durée et de soins de suite et de réadaptation en cours d'hébergement en EHPAD ;
- nombre de séjours et de journées d'HAD ;
- qualité de la coordination entre les différents intervenants de la structure d'HAD ;
- qualité de la coordination des soins entre les deux structures.

Article 10 -- Date d'effet de la convention

Cette convention entrera en vigueur le

Aucune intervention telle que prévue dans le cadre de la présente convention ne pourra donner lieu à facturation avant cette date.

Article 11 -- Durée et résiliation

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature.

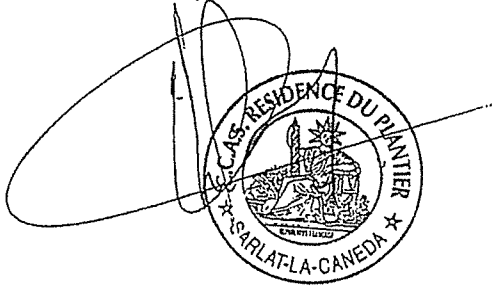
Elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une des deux parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de 2 mois.

Les deux parties s'engagent, préalablement à tout courrier de dénonciation, à organiser une réunion de conciliation afin d'envisager des solutions communes aux différends évoqués. Cependant, en cas de persistance d'un désaccord, elles devront s'entendre au minimum sur des modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des résidents au cours de la phase de transition.

Fait à SARLAT, le 19 Mai 2011

Pour l'EHPAD

Monsieur *Jérôme* LE LEVIER
Directeur



Pour l'HAD

Monsieur Christophe MARILLESSE,
Directeur



Le Directeur

Christophe MARILLESSE

ANNEXE 1

PROTOCOLE D'ACCORD NOMINATIF D'INTERVENTION

Protocole d'accord

Entre

L'EHPAD

Et

La structure d'HAD du centre hospitalier de SARLAT
Numéro FINESS : 24 0000 448

Les parties signataires du présent protocole, ont décidé, conformément à la convention de partenariat EHPAD/HAD signée le 12.07.2012 de prendre en charge ;

M./ Mme ROBET Gilbert

Prénom : Gilbert

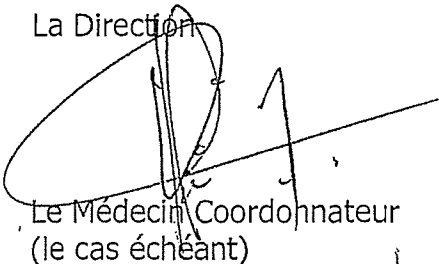
N° SS – Caisse : 1.24.03.38.185.029.74

La prise en charge par le service d'HAD est conforme au protocole de soins signé entre les deux établissements.

Elles confirment leur accord en tous points et s'engagent à respecter rigoureusement toutes les conditions figurant dans la convention citée ci-dessus.

Pour l'EHPAD

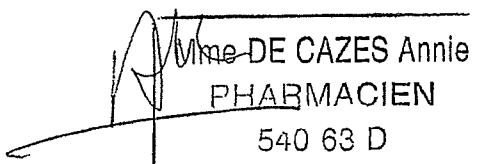
La Direction



Le Médecin Coordonnateur
(le cas échéant)

DR. S. VILAYLECK
75 avenue de SELVES
24200 SARLAT
0124010110125

Le Pharmacien, gérant de la PUI
(le cas échéant)


Mme DE CAZES Annie
PHARMACIEN
540 63 D

Pour l'HAD du CH de SARLAT

P/ Monsieur Christophe MARILLESSE
Directeur



Le Médecin Coordonnateur
Dr Martine BERLOUIN

Praticien Contractuel

HAD

N° RPPS 10002737574

Le Pharmacien, gérant de la PUI
(le cas échéant)

ANNEXE 2

PROTOCOLE PERSONNALISE DE SOINS

Sarlat le 12.01.2012

HAD du Centre Hospitalier de Sarlat

EHPAD : Residence du Plantier

Protocole personnalisé de soins à compter du 12.01.2012

Concernant (nom, nom marital, prénom):

M. ROSSER Gilbert

Né le : 06.03.1924

Motifs et objectifs de l'intervention de la structure d'HAD :

	Types de soins effectués par le personnel soignant de l'EHPAD	Types de soins effectués par le personnel soignant de l'HAD
IDE	Surveillance de la pose Posement de la perfusion Administration Traitement de la douleur Anticoagulant 18h30	8h : traitement IV et SC titration morphine alimentation parentérale Posement voie urinaire Surveillance diuèse + sonde urinaire
AS	Toilette, nursing, Positionnement Soins de bouche	
Autres (préciser)		

Créneaux horaires de réalisation des soins assurés par le personnel soignant de l'EHPAD

24h / 24h

Créneaux horaires de réalisation des soins assurés par le personnel soignant de l'HAD du centre hospitalier de SARLAT

8h à 8h30

Signature du médecin traitant

Pour l'EHPAD

Signature cadre de santé ou infirmière référente

Pour l'HAD du CH de SARLAT

Signature cadre coordinateur

ANNEXE 3

**PROTOCOLE D'ACCORD SUR L'ARTICULATION
DES MISSIONS ENTRE HAD ET EHPAD**

Nom, nom marital, prénom, date de naissance du résident/patient :

..... ROSSET Gilbert

..... 06.03.1924

Le tableau se lit de la manière suivante :

1 croix : structure responsable

2 croix : action complémentaire nécessitant que soient clarifiées les responsabilités respectives des deux structures.

Désignation	Modalité de partage entre les deux structures	
	HAD	EHPAD
Répondre aux besoins sociaux (hébergement)		
Mise en place d'un logement principal		X
Présence de mobiliers et sanitaires		X
Présence de dispositifs d'alerte		X
Fourniture linge, literie		X
Blanchissage linge personnel		X
Ménage et entretien des installations		X
Restauration		X
Assurer régime alimentaire		X
Installations techniques non médicales		X
Assurer respect et sécurité du résident	X	X
Présence de personnel 24h/24h	X	X
Demande d'aide spécifique	X	X
Répondre aux besoins médico-sociaux (dépendances)		
Assurer une bonne hygiène du patient/résident		X
Permettre au résident, une autonomie optimisée (déplacements, incontinence,...)		X
Aménagement des locaux pour l'autonomie des personnes		X
Développement d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne		X
Soutien psychologique éventuel, (action d'un(e) psychologue)		X
Répondre aux besoins sanitaires (soins)		
Mise en place d'une fiche type de prise en charge conjointe		X
Enregistrement des besoins thérapeutiques et de soins		X
Prise de décision médicale (médecins coordonateurs)	nédecin traitant	
Prise de décision administrative (directeur)	X	X
Visite de pré-admission HAD	X	
Elaboration d'un dossier de soins	X	X

Désignation	Modalité de partage entre les deux structures	
	HAD	EHPAD
Garantir l'accès partagé aux professionnels du dossier du patient (cf annexe 4)	X	X
Elaboration d'un dossier de transmissions	X	X
Détermination du projet de soins	X	X
Détermination des moyens nécessaires (humains, techniques, administratifs et de communication)	X	X
Saisie des soins effectués	X	X
Saisie des informations nécessaires à la bonne prise en charge (changement de traitement, état du patient, ré hospitalisation)	X	X
Saisie des commandes de consommables	X	X
Dispensation des soins infirmiers	X	X
Dispensation des soins aides-soignants		X
Tenue du dossier de soins	X	X
Coordination des acteurs des 2 structures (soignants, médico-sociaux, sociaux)	X	X
Gestion des réunions de coordination	X	
Présence à des réunions afin d'améliorer la prise en charge	X	X
Continuité des soins 24h/24h	X	X
Respect du décret médical professionnel	X	X
Actions sur le protocole de soins	X	X
Modification du protocole de soins par les infirmiers	X	X
Coordination sur le plan médical, entre médecins	X	X
Engagement à organiser les remplacements pour les missions	X	
Adaptation des contrats d'assurance pour la prise en charge conjointe	X	X
A chaque passage, les actes effectués par le personnel seront mentionnés dans le dossier de soins	X	X
Initiative de prise en charge des temps pluridisciplinaires		
Le matériel nécessaire et les médicaments seront pris en charge	X	X ^{traitement} habitué
Présence de commissions telle que CLIN, CLUD, CRUQ	X	
Mise en place d'outils d'évaluation de la qualité de la prise en charge	X	X
Les transmissions concernant les besoins alimentaires sont prévues	X	X
Engagement à dispenser des soins au regard du projet de soins	X	X
Partage des responsabilités entre les deux structures		
Actes effectués par leurs salariés (ou prestataires externes mandatés)	X	X
Sécurité du patient/résident pour les prestations d'hébergement		X
L'ensemble des actes sanitaires, qualité des soins, médicaments, matériels, suivi médical HAD	X	X

Désignation	Modalité de partage entre les deux structures	
	HAD	EHPAD
Non substitution du médecin coordonnateur/médecin traitant	X	X
Les rôles des médecins coordonnateurs, tel que prévu dans les textes seront suivis	X	X
Relation du médecin coordonnateur avec son homologue et le médecin traitant	X	X
Le médecin coordonnateur doit tout mettre en œuvre pour assurer une information optimale auprès de ses confrères	X	X
Continuité assurée des soins	X	X
Coordination étroite entre les infirmiers référents et les infirmiers coordinateurs	X	X
Analyse des services et moyens nécessaires pour répondre aux besoins du patient/résident	X	X
Actualisation du dossier patient	X	X
Subordination du personnel de l'HAD	X	
Subordination du personnel de l'EHPAD		X
A la sortie : conservation du dossier de soins original	X	
A la sortie : engagement d'adresser une copie du dossier de soins à l'autre partenaire	X	
Mise en place de temps de coordination	X	

Pour l'EHPAD

La Direction

Le médecin coordonnateur

DR.B. VILAYLECK
78 avenue de SELVES
20200 SARLAT
05 53 22 10 10

L

Pour l'HAD du CH de SARLAT

La Direction

Le médecin coordonnateur

Dr Martine BERLOUIN

Praticien Contractuel

HAD

N° RPPS 10002737574

Le Directeur
P/ **Christophe MARILLESSE**

SARLAT
SARLAT
SARLAT

PROTOCOLE D'ACCORD SUR LES MEDICAMENTS

Accord sur les médicaments lors d'une prise en charge conjointe EHPAD/HAD

Nom du résident/patient : **ROSSET Gilbert**

Motifs et objectifs de l'intervention de l'HAD du centre hospitalier de SARLAT :

Situation EHPAD

Raison sociale : **Residence du Plantier**

Adresse : **Rue des Hognes
44200 Sarlat la Caneda**

Situation HAD du CH de SARLAT

Raison sociale : **Centre Hospitalier Jean de laune**

Adresse : **Le Payer. A 80201
44206 Sarlat la Caneda**

L'approvisionnement et la dispensation des médicaments nécessaires à prise en charge de la pathologie intercurrente sont assurés :

☒ par l'HAD

☐ par la pharmacie gérée dans le cadre d'un GCS EHPAD/HAD

Médicaments nécessaires aux traitements de la (des) pathologies prise(s) en charge de manière régulière pour ce patient par l'EHPAD et fournies par ce dernier ou par la pharmacie du GCS (prise en charge organisationnel, administration, prise en charge financière éventuellement)

-
-
-
-
-
-
-

Médicaments nécessaires au traitement de la (des) pathologie(s) intercurrente(s) de ce patient et pris en charge par la structure d'HAD ou la pharmacie du GCS (prise en charge organisationnelle, administration, prise en charge financière)

- **Durogêdic patch 12 jrs**
- **Fungizone Eau bicarbonate**
- **Lanbyle**
- **complément alimentaire**
- **coliposine**
- **olidonormel N4**
- **inecium 40**
- **morphine sc.**
- **polyionique G5**

Pour l'EHPAD

Le Médecin Coordonnateur

Nom et signature

DR. S. VILAYLECK
76 avenue de SELVES
24200 SARLAT
024410173101

Le Pharmacien

Nom et signature

Pour l'HAD du CH de SARLAT

Le Médecin Coordonnateur **Martine BERLOUIN**

Nom et signature

Bernard

Praticien Contractuel
HAD

N° RPPS 10002737574

Le Pharmacien, gérant de la PUI

Nom et signature

[Signature]

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Délibération n° 17.CP.IX.39 du 18 décembre 2017

Convention relative aux actions de prévention sécurité routière destinées aux seniors.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la décision n° 004 de la Conférence des Financeurs, prise lors de sa réunion plénière du 28 novembre 2017,

VU la délibération du Conseil départemental n° 15-206 du 2 avril 2015,

VU le rapport présenté par M. le Président du Conseil départemental,

VU les absences de M. Didier BAZINET, de M. Pascal BOURDEAU et de Mme Sylvie CHEVALLIER du Groupe Socialiste et Apparentés,

VU les pouvoirs donnés à M. Jeannik NADAL par M. Didier BAZINET, à Mme Juliette NEVERS par M. Pascal BOURDEAU et à M. Jean-Fred DROIN par Mme Sylvie CHEVALLIER,

VU les absences de M. Thierry BOIDÉ et de M. Adib BENFEDDOUL du Groupe Le Rassemblement de la Dordogne,

VU les pouvoirs donnés à M. Pascal PROTANO par M. Thierry BOIDÉ et à Mme Natacha MAYAUD par M. Adib BENFEDDOUL,

LA COMMISSION PERMANENTE, à l'unanimité des membres présents ou représentés,

APPROUVE la convention ci-annexée, entre le Département de la Dordogne et l'Etat relative aux actions de prévention de la sécurité routière destinées aux seniors.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à la signer, au nom et pour le compte du Département.

Annexe à la délibération n° 17.CP.IX.39 du 18 décembre 2017.

Conférence des Financeurs de la Dordogne

Convention relative
aux actions de prévention de sécurité routière destinées aux seniors

ENTRE

L'Etat, Services de l'Etat en Dordogne - 24024 PÉRIGUEUX Cedex, représenté par Madame
La Préfète, Anne-Gaëlle BAUDOUIN-CLERC ;

dénommé ci-dessous « l'Etat », d'une part,

ET

Le Département de la Dordogne sis Hôtel du Département, 2 rue Paul Louis Courier
CS 11200 - 24019 Périgueux cedex, représenté par le Président du Conseil départemental,
Président de droit de la Conférence des Financeurs, M. Germinal PEIRO dûment habilité à
signer en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 17.CP.IX.....
en date du 18 décembre 2017,

dénommé ci-dessous « le Département », d'autre part,

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales,

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment ses articles L233-1 à 4 et R233-1
et suivants,

Vu la proposition des services de l'Etat pour un co-pilotage général des actions de prévention
en sécurité routière visant plus particulièrement les Seniors,

Vu le Programme pluriannuel 2018-2020 adopté par la Conférence des Financeurs le 28
novembre 2017,

Vu la décision de la réunion plénière de la Conférence des Financeurs du 28 novembre 2017
approuvant les termes de la présente convention,

Préambule :

La Conférence des Financeurs (CDF24) a été instaurée dans chaque département par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) du 28 décembre 2015. Celle de la Dordogne est installée depuis le 25 mai 2016. Dans le cadre de ses préprogrammes 2016 et 2017 de financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus, et plus particulièrement sur son axe 6, elle a retenu le thème de la sécurité routière. La Conférence a adopté un Programme pluriannuel d'actions pour les années 2018-2020.

A ce titre, il est prévu de reconduire ce thème en décidant d'un co-pilotage des actions à décliner, avec les services compétents de la Préfecture de la Dordogne (Direction du cabinet - Bureau sécurité routière). En effet, la Conférence dont le budget est alimenté par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) peut apporter des concours financiers à toute action visant notamment la prévention de la perte d'autonomie, le soutien et la sécurisation des personnes à leur domicile, la promotion du lien social et la rupture de l'isolement. Les déplacements routiers des seniors, quel qu'en soit le mode, participent à ces objectifs généraux.

Depuis plusieurs années, l'Etat mène la lutte contre l'insécurité routière, en l'érigeant en une priorité et en soutenant notamment, dans le cadre du Plan Départemental d'Actions pour la Sécurité Routière (PDASR), les actions visant à réduire les conduites à risque, le relâchement des comportements et à sensibiliser les conducteurs au partage de la route et aux usagers vulnérables, notamment les seniors de 55 ans et plus.

Il convenait donc de trouver une bonne articulation entre ce Programme départemental d'actions pour la sécurité routière et celui de la Conférence dédié en partie aux mêmes thème et objectifs, s'agissant des seniors.

C'est l'objet de la présente convention.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1^{er} – Objet

La présente convention a pour objet de définir entre les parties, les modalités de collaboration et d'articulation des actions de prévention en matière de sécurité routière destinées aux seniors. A ce titre, les services de la Direction du cabinet de la Préfecture – Bureau sécurité routière- et les membres de la Conférence des Financeurs assureront conjointement au terme d'appels à candidature, la sélection des acteurs locaux, dénommés ci-dessous opérateurs, susceptibles d'animer sur les territoires lesdites actions dans le cadre du plan départemental d'actions pour la sécurité routière et du programme de la CDF24. La convention fixe en outre le principe d'un co-financement des actions retenues selon des quote-part à définir au cas par cas.

Article 2 – Durée, date d’effet et reconduction.

La présente convention est conclue pour une durée de 1 an, reconductible 2 fois sous réserve des conclusions de l’évaluation annuelle des actions conduites. Cette évaluation donnera lieu à un rapport qui sera soumis à l’approbation de la Conférence des Financeurs au titre de son bilan annuel d’activités.

Elle prend effet au 1^{er} janvier 2018.

Article 3 – Gouvernance de projet

Il sera installé entre les parties prenantes un Comité paritaire de suivi des actions étudiées au titre de la présente convention.

Ce Comité composé au plus de quatre personnes a vocation à :

- ✓ valider les documents-soutiens des appels à candidature et tout autre document annexe,
- ✓ au regard des offres reçues, sélectionner les opérateurs dont les propositions d’actions apparaissent pertinentes et sérieuses,
- ✓ définir les quote-part de co-financement des actions sélectionnées,
- ✓ au terme de la réalisation des actions, en apprécier le bienfondé au vu des éléments d’évaluation transmis par les opérateurs, dans la perspective d’une éventuelle reconduction l’année suivante. Un rapport général sera alors co-rédigé.

Ce Comité veillera notamment à la couverture géographique de l’offre d’actions en cherchant la meilleure homogénéité à l’échelle des 3 ans de ladite convention.

Article 4 – Clauses financières

Pour le co-financement des actions retenues par le Comité de suivi, le Département attribuera sa quote-part de participation aux opérateurs retenus. Ces financements seront assis sur une convention spécifique à conclure entre le Département et chacun de ces derniers. Les paiements subséquents seront imputés sur les crédits dédiés à la Conférence des Financeurs, dans la limite de ceux fléchés sur le thème de la sécurité routière de l’axe 6 de son Programme pluriannuel d’actions de prévention.

Article 5 – Modalités de versement des quote-part de participation du Département

Le règlement des participations visées à l’article 4 s’opérera par un versement unique après l’adoption par le Conseil départemental de son Budget Primitif annuel et la signature des conventions spécifiques avec les opérateurs sélectionnés.

Pour les années suivantes, les versements seront opérés selon les dispositions de ces conventions, après l’adoption du Budget Primitif du Conseil départemental et l’approbation du rapport d’évaluation annuelle des actions conduites et cofinancées au cours de l’année précédente.

Article 6 – Contrepartie - contrôle

Les services de l'Etat participeront aux côtés de ceux du Département aux contrôles de la réalisation des actions conduites l'année précédente par les Opérateurs sélectionnés, notamment par l'accès à toute pièce justificative et tout autre document dont la production serait jugée utile.

Article 7 – Assurances -Responsabilité

Il sera précisé aux Opérateurs sélectionnés qu'ils conservent l'entière responsabilité de leurs activités et de leurs personnels et/ou toutes autres personnes appelées à y concourir. Ils devront s'engager à souscrire les polices d'assurances nécessaires pour garantir en particulier leur responsabilité civile.

La responsabilité du Département et de l'Etat ne pourra en aucun cas être recherchée, en ce qui concerne les actions sélectionnées au titre de la présente convention.

Article 8 – Communication

Les Opérateurs sélectionnés seront tenus de faire mention du soutien apporté par l'Etat et la Conférence des Financeurs de la Dordogne dans toute opération de communication engagée par eux au titre des actions cofinancées, en particulier sur les affiches, programmes, dépliants, flyers et/ou tout support numérique.

Article 9 – Avenant

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définie d'un commun accord entre les parties, donnera lieu à un avenant.

La proposition d'avenant devra faire l'objet d'un envoi express, précisant l'objet de la modification sollicitée, sa cause et les conséquences qu'elle emporte. Le texte de l'avenant précisera les éléments modifiés de la convention, sans que ses objectifs généraux ne soient remis en cause.

Article 10 – Résiliation de la convention

La présente convention pourra être résiliée de plein droit, en toute circonstance ou en cas de non-respect par l'une ou l'autre des parties, de ses engagements conventionnels.

Article 11 – Litiges

En cas de litige résultant de l'exécution de la présente convention, les parties décident de rechercher un règlement amiable préalablement à tout recours contentieux, lequel relèverait de la compétence exclusive du Tribunal Administratif de Bordeaux.

Fait à Périgueux, le, en deux exemplaires originaux.

Pour le Département de la Dordogne,
le Président du Conseil départemental,

Pour l'Etat,
la Préfète de la Dordogne,

Germinal PEIRO

Anne-Gaëlle BAUDOUIN-CLERC