



RECUEIL
DES ACTES
ADMINISTRATIFS
DU
DÉPARTEMENT

(Tome III)

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

Réunion du 17 décembre 2018

**DELIBERATIONS
(n^{os} 18.CP.IX.37 à 18.CP.IX.38)
(2^{ème} recueil)**

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Délibération n° 18.CP.IX.37 du 17 décembre 2018

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019-2023
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 Mme Régine ANGLARD, de Mme Cécile LABARTHE, de M. Didier BAZINET et de M. Jean-Fred DROIN du Groupe Socialiste et Apparentés,

VU les pouvoirs donnés à Mme Colette LANGLADE par Mme Régine ANGLARD, à M. Frédéric DELMARÈS par Mme Cécile LABARTHE, à M. Jeannik NADAL par M. Didier BAZINET et à M. Pascal BOURDEAU par M. Jean-Fred DROIN,

VU l'absence de M. Jacques AUZOU du Groupe Communiste, Front de Gauche et Apparentés,

VU le pouvoir donné à Mme Marie-Claude VARAILLAS par M. Jacques AUZOU,

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

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

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

APPROUVE les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019-2023, entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Dordogne et :

- Le Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double (CHICRDD), ce CPOM concerne :
 - *L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de RIBERAC*, d'une capacité de 130 lits d'hébergement permanent, 6 lits d'hébergement temporaire, 6 places d'accueil de jour,

- L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de SAINT-AULAYE, d'une capacité de 103 lits d'hébergement permanent,
 - L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « La Meynardie » de SAINT PRIVAT DES PRES, d'une capacité de 60 lits d'hébergement permanent,
 - Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) de « La Meynardie » à SAINT PRIVAT DES PRES, d'une capacité de 30 places d'hébergement permanent,
 - Le Service de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile (SSIAD).
- Le Centre Hospitalier de PERIGUEUX, ce CPOM concerne :
 - L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Parrot » à PERIGUEUX, d'une capacité de 163 lits d'hébergement permanent,
 - L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Beaufort Magne » à PERIGUEUX, d'une capacité de 324 lits d'hébergement permanent.
- L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Résidence Le Périgord » à MONPAZIER, d'une capacité de 84 lits d'hébergement permanent et 5 lits d'hébergement temporaire.
- L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de CADOUIN, d'une capacité de 88 lits d'hébergement permanent.
- L'Etablissement Public Autonome Communal (EPAC) « Les Deux Séquoias » à BOURDEILLES, ce CPOM concerne :
 - L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Faubourg Notre Dame » à BOURDEILLES, d'une capacité de 96 lits d'hébergement permanent,
 - Le Foyer Occupationnel (FO) « La Prada » à BOURDEILLES, d'une capacité de 62 places dont 44 places d'internat, 13 places de semi-externat (studios) et 5 places d'accueil de jour,
 - Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) « La Prada » à BOURDEILLES, d'une capacité de 16 places d'hébergement permanent.
- Le Centre Hospitalier de Lanmary à ANTONNE ET TRIGONANT, ce CPOM concerne :
 - L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du Centre Hospitalier de Lanmary d'ANTONNE ET TRIGONANT, d'une capacité de 40 places d'hébergement permanent.

- La Fondation « Partage et Vie » à LA TOUR BLANCHE. Ce CPOM concerne :
 - *L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Résidence Sainte-Marthe » de LA TOUR BLANCHE, d'une capacité de 82 lits d'hébergement permanent,*
 - *L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « La Maison de Gout » à GOUTS-ROSSIGNOL, d'une capacité de 100 lits d'hébergement permanent.*

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter ces Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), au nom et pour le compte du Département.

Annexes à la délibération n° 18.CP.IX.37 du 17 décembre 2018.



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2019-2023

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

**Le Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac,
Dronne Double (CHIC RDD).**

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.....	7
3) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	7
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	7
4.1 Les modalités de détermination des dotations et prix de journée des établissements et services du CPOM.....	7
4.1.1 Pour les EHPAD.....	8
4.1.2 Pour les établissements et services pour personnes en situation de handicap	11
4.1.2.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM relevant de la compétence de l'ARS.....	11
4.1.2.2 Les modalités de détermination des prix de journée des établissements et des dotations des services du CPOM relevant de la compétence du Département	11
4.2 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM	12
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence	12
4.4 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	14
4.5 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM....	14
4.5.1 Pour les EHPAD.....	14
4.5.2 Pour les FO/FAM	15
4.6 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 16	
4.7 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	16
5) Engagements des EHPAD DU CHIC RDD, DU FAM DE LA MEYNARDIE ET DU SSIAD.....	16
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	17
6) Le suivi et l'évaluation du contrat	17
7) Le traitement des litiges	18
8) La révision du contrat.....	18
9) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	19
10) La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM	19
11) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD.....	19
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	20

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le CPOM :

Le Département 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 d'autre part,

Le Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac, Dronne, Double (CHICRDD), 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, dénommé ci-après le CHICRDD.

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 2018-2028 ;

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 de surveillance de l'établissement public XXX en date du XX/XX/XXXX approuvant la démarche contractuelle ;

Vu la délibération n° XXX de la Commission Permanente du Conseil départemental en date du XXX, autorisant Monsieur le Président du Conseil départemental à signer le présent contrat pluriannuel ;

VU la décision du 3 septembre 2018 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, les EHPAD du CHICRDD, autorisé pour l'hébergement permanent, l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour, le SSIAD comprenant également une autorisation d'ESA et le FAM de La Meynardie 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 les EHPAD du CHICRDD, du SSIAD et le FAM de La Meynardie 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.

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 :
24 0016055
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : Etablissement public de santé
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : sanitaire (médecine, SSR, USLD), médico-
sociale (EHPAD dont HT et accueil de jour, SSIAD dont ESA, FAM).
 - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat :
EHPAD Ribérac,

EHPAD St Aulaye,

EHPAD La Meynardie

FAM La Meynardie,

SSIAD
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
 - Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat :
 - **EHPAD « La Meynardie » à SAINT PRIVAT EN PERIGORD :**
Capacité : 60 lits
Numéro FINESS : 24 001 513 1
 - **EHPAD de RIBERAC**
Capacité : 130 places d'hébergement
6 places d'hébergement temporaire
6 places d'accueil de jour
Numéro FINESS : 24 000 768 2
 - **EHPAD de SAINT AULAYE**
Capacité : 103 lits
Numéro FINESS : 24 000 770 8
 - **FAM « La Meynardie » à SAINT PRIVAT EN PERIGORD**
Capacité : 30 lits
Numéro FINESS : 24 001 118 9
 - **SSIAD**
Capacité : 85 places dont 10 ESA
Numéro de FINESS : 24 000 946 4

- Projet(s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu(s) susceptibles² 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 :
- 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 :

Cf. fiches FINESS annexées

- 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)

- Pour les EHPAD habilités à 100% et ne relevant pas du L.342-3-1 :

« L'EHPAD de Ribérac est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté conjoint en date du 22 décembre 2015 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés.

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 ».

« L'EHPAD de La Meynardie est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté conjoint en date du 22 décembre 2015 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés

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 ».

« L'EHPAD de Saint Aulaye est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté conjoint en date du 22 décembre 2015 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés

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 ».

« Le FAM de La Meynardie est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté conjoint en date du 22 décembre 2015 pour la totalité de ses lits.

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 l'EHPAD de La Roche Chalais
Convention de GHT*

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

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 à l'autorité de tarification d'avoir une vision globale sur les ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire.

De plus, lorsqu'un ou plusieurs établissements ou services couverts par le présent contrat sont rattachés à un établissement de santé signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique (« CPOM sanitaire »), ceci est mentionné dans le présent contrat et les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Il est ajouté en annexe du présent contrat les éléments du CPOM sanitaire susceptibles d'éclairer la situation des établissements ou services signataires du présent contrat.

3) 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,
- Personnaliser 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.

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.

4.1.. Les modalités de détermination des dotations et prix de journée 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.

4.1.1 Pour les EHPAD

Le financement des établissements et des EHPAD du CHIC RDD, entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le CPOM s'inscrit dans la mise en œuvre de la réforme tarifaire, applicable depuis le 1er janvier 2017 pour les EHPAD et PUV tarifées au GMPS.

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressource par la mise en place de forfaits *sur les soins et la dépendance* en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis. Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires peuvent être mis en place pour financer :

- d'une part, les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés...)
- Accompagner, d'autre part, les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge de 7 ans (2017-2023) durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

Il ne peut être dérogé à ce rythme de convergence dans le cadre du CPOM, sauf modification de la réglementation.

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

4.1.1.1 - Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R. 314-159 du CASF)

Le forfait global relatif aux soins des EHPAD précités relève du tarif global avec pharmacie à usage intérieur (PUI).

Le forfait global relatif aux soins 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.

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 ...).

Dans ce cadre, lors de nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Les valeurs GMPS des EHPAD du CHIC ont été actualisées :

- En mars 2017 pour l'EHPAD du CH de RIBERAC. Validés le 13/03/17, le GMP et le PMP s'établissent respectivement à 799 et 174. Il en résulte une dotation HP cible estimée à 2 291 876 € au 01/01/19, soit une convergence positive à hauteur de 101 301€ sur 5 ans à compter de 2019.
- En avril 2017 pour l'EHPAD du CH « La Meynardie » à SAINT PRIVAT EN PERIGORD. Validés le 13/04/17, le GMP et le PMP s'établissement respectivement à 813 et 236. Il en résulte une dotation cible estimée à 1 119 453 €, soit une convergence négative à hauteur de 27 570 € sur 5 ans à compter de 2019.
- En avril 2017 pour l'EHPAD du CH de ST AULAYE. Le GMP, validé le 03/04/17, s'établit à 740, tandis que le PMP, validé le 04/04/17, est évalué à 192. Il en résulte une dotation cible estimée à 1 669 462 € au 01/01/19, soit une convergence positive à hauteur de 2 268 € sur 5 ans à compter de 2019.

Le montant du forfait global de soins peut être modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon les modalités prévues par l'article R 314-160 du CASF.

Les financements complémentaires peuvent également l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (R314-161 CASF).

La mise en œuvre de ces modalités sera précisée, le cas échéant, dans le Rapport d'Orientation Budgétaire.

La DGC propre aux établissements et services, financés 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) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

4.1.1.2 - Une DGC propre aux établissements et services, financés par le Département composée du forfait global relatif à la dépendance (R. 314-172 du CASF)

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.

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.

4.1.1.3 – La tarification de l'hébergement

Le Tarif Hébergement est fixé pour 5 ans dans le présent contrat dans les conditions des articles R314-179 et suivants du CASF. Il est calculé en divisant le montant des charges nettes d'exploitation afférentes à l'hébergement par la moyenne, sur les trois années qui précèdent l'exercice, du nombre effectif de journées de personnes accueillies dans l'établissement, sauf si l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans ou en cas de circonstances particulières.

Au regard des différences de tarifs actuelles des 3 EHPAD du CHIC et prenant en compte celui de la Meynardie le plus élevé, comme référence en terme de tarif-cible, Il est convenu qu'à l'issue du CPOM au plus tard, les tarifs hébergement des EHPAD de RIBERAC et Saint AULAYE seront identiques à celui de l'EHPAD « La Meynardie » (selon la valeur de référence 2018 revalorisée chaque année du taux directeur).

D'ici là, les budgets hébergement de ces 2 entités intégreront des crédits de rebasage, de façon à lisser la progression de leurs tarifs dans des proportions acceptables pour les usagers payants et l'autorité tarifaire, sous réserve de l'aval du Conseil de surveillance.

1 - pour le CHICRDD, la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus aux budgets 2018 notifiés (La Meynardie + Saint Aulaye + Ribérac), hors reprise de résultat, soit 5 820 927,64 € pour la section hébergement.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul.

	Hébergement
Titre 1	3 558 209,69 €
Titre 3	1 462 134,95 €
Titre 4	1 244 258,00 €
Total dépenses	6 264 602,64 €
- recettes en atténuation	443 675,00 €
- crédits non reconductibles	
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	
= Dotation globalisée initiale	5 820 927,64 €

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.

4.1.1.4 – dispositions communes aux financeurs

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles.

Le CHIC RDD reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

Le CHIC RDD peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R314-227 et 228 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.

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond (Art R314-40 CASF). En conséquence, le montant de la dotation reconductible à prendre en compte, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

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

4.1.2 Pour les établissements et services pour personnes en situation de handicap

Le financement du FAM de La Meynardie 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 prévisionnel des charges et produits (EPCP) et d'un état réalisé des charges et produits (ERCP).

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

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

La DGC des établissements et services (Hors ESAT) sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

L'article L313-12-2 CASF indique que le CPOM peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Ces dispositions seront, le cas échéant, déclinées dans le ROB précité.

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles.

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

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

- **Modalités de fixation annuelle de la tarification :**

Le contrat fixe par groupes fonctionnels le budget hébergement base zéro (BBZ) du FAM du CHIC RDD (fourni en 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)
Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental
– dépenses rejetées CA N-1 ou N-2
– 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 ou l'établissement public 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.

4.2.. Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

Les dotations globalisées communes des établissements et services financés respectivement par :

- l'Assurance Maladie, d'une part,
- le Département, d'autre part,

sont arrêtées respectivement en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

Chaque 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 chaque autorité de tarification, l'Association transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement

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.

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

- versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF,
- actualisée dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent contrat.

4.3.. Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 1/01/2019 se répartit comme suit :

La dotation globalisée « de référence » correspond aux moyens reconductibles disponibles l'année de signature du (avant actualisation, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations soins Au 1/01/2019 (en €)	Dont forfait global de soins HP	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
24 001 513 1	EHPAD La Meynardie Saint PRIVAT en PERIGORD	1 147 022,91 €	1 147 022,91 €	
24 000 768 2	EHPAD RIBERAC	2 326 654,92 €	2 190 575,12 €	136 079,80 €
24 000 770 8	EHPAD Saint AULAYE	1 732 896,41	1 667 194,33 €	65 702,08 €
TOTAL GENERAL		5 206 574,24 €	5 004 792,36 €	201 781,88 €

➤ La DGC des établissements et services financés par le Département se répartit comme suit :

Finess	Etablissement	Base reconductible dotation dépendance au 1/01/ 2019 (en €)	Dont forfait global dépendance	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
24 001 513 1	EHPAD La Meynardie Saint PRIVAT en PERIGORD	405 122,31 €	405 122,31 €	
24 000 768 2	EHPAD RIBERAC	765 007,03 €	765 007,03 €	
24 000 770 8	EHPAD Saint AULAYE	621 408,98 €	621 408,98 €	

➤ Conformément à l'article L. 313-14-2 du CASF, l'ARS et le Conseil départemental pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

1. Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
2. Des recettes non comptabilisées.

Cette récupération viendra en déduction de la tarification de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant de la section hébergement, l'étude sera faite à l'occasion de la décision tarifaire N+2.

4.4.. Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit

Sont ainsi désignés à ce titre :

- La caisse pivot est la caisse primaire d'assurance maladie de la Dordogne.
- Etablissement signataire du contrat : Le Centre Hospitalier intercommunal Ribérac Dronne Double.

L'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime.

4.5.. Ce tableau est transmis à la caisse pivot désigné supra Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

4.5.1 Pour les EHPAD

Le principe retenu est celui d'une affectation des résultats par le gestionnaire conformément :

- aux modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF)
- aux dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

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. Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat 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. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couverte, 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 et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

Priorités ARS à harmoniser /compléter avec celles du Conseil départemental

Ainsi il est convenu que les résultats excédentaires soient affectés au regard des trois volets suivants mais prioritairement :

- A la couverture des déficits antérieurs,
- Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal :
 - à 10 % de la dotation globalisée commune « soins + dépendance » reconductible du CPOM,

- Enfin, sur les 3 volets suivants (le cas échéant) :

↳ 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 en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation -...).

↳ Volet Ressources humaines

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

4.5.2 Pour les FO/FAM

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.

Le (les) résultat (s) excédentaire (s) est (sont) affecté(s) par ordre de priorité :

- A la couverture des déficits antérieurs,
- Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM,

- Enfin sur les 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 Qualité

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation ...)

↳ Volet Ressources humaines

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

Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant de la compétence du Conseil départemental, l'étude sera faite à l'occasion de la décision tarifaire N+2.

4.6.. Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) de l'EHPAD de RIBERAC approuvé le 15 janvier 2015, par courrier référencé SPAE/PI/MAC/2015/n°37 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/et du Conseil Départemental, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R314-20 du CASF.

L'EPRD comprend un PGFP définissant notamment les orientations pluriannuelles de financement des établissements et services concernés.

Le PGFP n'a pas vocation à être approuvé en tant que tel. Les PPI restent en revanche approuvés structure par structure ou globalement au niveau de l'association en vertu des dispositions de l'article R. 314-20 du CASF.

4.7.. 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.

5) ENGAGEMENTS DES EHPAD DU CHIC RDD, DU FAM DE LA MEYNARDIE ET DU SSIAD

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

6) 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 ;
- Un (ou des) représentant(s) du CHIC RDD

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, la personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu aux articles L. 314-7-1 et L. 313-12 pour les établissements relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

- ❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, 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) et au plus tard le 30 juin de l'exercice pour transmettre :
 - un EPCP lorsque l'établissement ou le service est géré par un établissement public de santé, conforme à l'article R314-242 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)

- ❖ Le CHIC RDD dépose au plus tard le 30 avril de chaque année un ERCP lorsque l'établissement ou le service est géré par un établissement public de santé, conforme à l'article R314-233 du CASF, accompagné d'une revue des objectifs du CPOM, en annexe. 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.

- 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.

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.

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 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 (aux) la convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) de (des) EHPAD suivants signataires.

10) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DU CPOM ET LA DUREE DU
CPOM

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2019, pour une durée de 5 ans.

11) 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 ne pas dater

Le Directeur par Intérim
de la Délégation
Départementale de la Dordogne
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Le représentant de
l'établissement

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

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.

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires comme le corps du contrat, sauf contre-indication mentionnée ci-dessous.

- ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé

Cette annexe explique les modalités de réalisation du diagnostic partagé (documents consultés, participation des personnels...) et ses principaux enseignements. Elle permet d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Elle sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM.

- Cette synthèse doit aussi permettre d'apprécier la conformité des établissements et services du CPOM aux normes en vigueur et notamment celles relatives aux établissements recevant du public (type U ou J). Elle s'appuie notamment sur le dernier procès-verbal de la commission de sécurité et d'accessibilité, obligatoirement transmis
- ANNEXE 2 : Les fiches actions (cf. modèle infra)
- ANNEXE 3 : 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).

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

- ANNEXE 4 : 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.

- ANNEXE 5 : Budget Base Zéro (BBZ) du budget hébergement du FAM La Meynardie

➤ 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 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

ANNEXE N°5 – BUDGET BASE ZERO DU BUDGET HEBERGEMENT DU FAM LA MEYNARDIE

FAM La Meynardie	BE 2018	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	108 831	108 831	0	0,00%
Charges groupe II	1 059 847	1 059 847	0	0,00%
Charges groupe III	159 806	159 806	0	0,00%
Total classe 6	1 328 483	1 328 483	0	
Recettes groupe I	1 320 443	1 320 443	0	0,00%
Recettes groupe II	8 040	8 040	0	
Recettes groupe III	0	0	0	
Total classe 7	1 328 483	1 328 483	0	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...				
Résultat N-2				
dépenses non reconductibles		0		
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	1 320 443	1 320 443	0	0,00%
Activité en jours	10 767	10 767		
Prix de journée	122,64	122,64	0,00	0,00%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	1 320 443	1 320 443	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	122,64	122,64	0,00	0,00%

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

CHIC RDD

Table des matières

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM.....	3
2. ELEMENTS TRANSVERSAUX.....	3
2.1. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM.....	3
2.1.1. Evaluations internes et externes.....	3
2.1.2. Coopérations et conventions.....	4
2.1.3. Politique des ressources humaines.....	5
2.1.2. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS.....	8
2.1.3. Innovations en santé.....	8
3. DIAGNOSTIC par établissement :.....	8
3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE.....	8
3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance).....	9
3.1.2. Analyse des données du tableau de bord.....	16
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES.....	17
3.2.1. Activité -.....	17
3.2.2. Ressources humaines -.....	18
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier -.....	25
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques -.....	30
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente –.....	33
4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE.....	33

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM

240016055	Centre Hospitalier Intercommunal RDD	public			
TOTAL			420 places	420 places	

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.

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.

Evaluations internes et externes

L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe doivent être annexés au CPOM.

Evaluation interne

EHPAD RIBERAC	03/2014	
EHPAD CHENARD	05/2014	
EHPAD LA MEYNARDIE	2009	
FAM LA MEYNARDIE	26/04/2011 10/05/2011	
SSIAD RIBERAC	09/2013	
SSIAD CHENARD	05/2014	

Evaluation externe

EHPAD RIBERAC	06/2014	
EHPAD CHENARD	10/2014	
EHPAD LA MEYNARDIE	2017, mais attendue fin 2018 par dérogation	
FAM LA MEYNARDIE	Non réalisée	
SSIAD RIBERAC	06/2014	
SSIAD CHENARD	10/2014	

Préciser les éléments positifs, issus des évaluations ou non, pouvant être transposés aux ESMS du CPOM :

Ribérac, St Aulaye, La Meynardie	Cf. rapports évaluations		

2 11 Coopérations et conventions :

Un service d'HAD			
Une équipe mobile de gériatrie			
Une équipe mobile de soins palliatifs			
Une ou plusieurs officines de pharmacie			
Un établissement de santé			
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale			
Un réseau de soins palliatifs			
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)			
Un cabinet dentaire			
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA			
Autres			

Direction commune entre La Roche Chalais au 1^{er} avril 2016, permettant les transferts de compétences, notamment télémedecine, approches non médicamenteuses



Des partenariats sont en cours de constitution dans le cadre de l'action EHPAD centre ressource et notamment pour mettre en place des actions de prévention (projet maison des aidants) et notamment avec les services aides à domicile, les collectivités territoriales, et les associations tel que France Alzheimer.

Coopération étroite avec la MAIA.

Dans le cadre des animations partenariats avec l'espace ressource (insertion).

La participation de l'EHPAD au GHT est- elle envisagée (EHPAD publics) ?

L'établissement a signé la convention constitutive du GHT (1^{er} juillet 2016), la particularité du secteur médicosocial dans un EPS facilite l'accès aux soins.
Convention avec le CH Libourne pour limiter les urgences.

2 1.2 Politique des ressources humaines

Principaux axes de la politique des ressources humaines du gestionnaire

Commentaires :

<p>Etre le support de la mise en œuvre du projet d'établissement en apportant les moyens et évolutions nécessaires, en fournissant et en anticipant les compétences, ainsi qu'en prenant en compte les besoins et attentes du personnel. Promouvoir la santé au travail, favoriser la mobilité interne, favoriser l'expression des personnels et la qualité de vie au travail.</p>
<p>Insuffisance de temps de médecin de travail. Documents uniques des 3 ex-établissements à fusionner et mettre à jour. Risque psycho-social spécifique lié à la fusion.</p>

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

Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?					
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?					
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?					
Adéquation du personnel aux missions ?					

Commentaires :

Difficile de dégager le GVT sur la durée du CPOM

Politique de formation : données 2014 et 2015 inexploitable suite à la fusion des bases

Année 2016 EHPAD LA MEYNARDIE

	Humanitude	Accompagnement Fin de vie	Prise en charge de la douleur	Alzheimer et maladies apparentées
Durée				
Qualification	IDE AS/AMP ASHQ	IDE AS AMP	AS	AS ASHQ
Nbre de personnes formées	10	3	1	2
Coût	6054,10€	953,58€	258,64€	62312€

Année 2016 EHPAD RIBERAC

	Humanitude	Accompagnement Fin de vie	Prise en charge de la douleur	Alzheimer et maladies apparentées
Durée	5 jours			
Qualification	IDE AS ASHQ	AS AP ASHQ	AS ASHQ	AS AMP ASHQ
Nbre de personnes formées	6	6	3	10
Coût	3696,78€	1861,08€	903,72€	3115,6€

Année 2016 EHPAD SAINT-AULAYE

	Humanitude	Accompagnement Fin de vie	Prise en charge de la douleur	Alzheimer et maladies apparentées
Durée				
Qualification	ASHQ Psychomotricien	AS	IDE AS	AS ASHQ
Nbre de personnes formées	5	5	6	6
Coût	3090,89€	2278,9€	1774,74€	1926€

Année 2016 FAM LA MEYNARDIE

	Analyse des pratiques professionnelles	Réguler les conflits et prévenir la violence	L'eau comme médiateur éducatif	Prévenir les risques psychosociaux
Durée				
Qualification	Psychologue ES ME AS AMP ASHQ	ME AMP AS ASHQ psychologue	AMP ASHQ	Cadre
Nbre de personnes formées	10 par séance	10	2	1
Coût	1500€	2625€	2360€	174,25€

	Usage du véhicule professionnel	Le raisonnement clinique	Humanitude	Les soins du pied
Durée				
Qualification	AS	AS	AS	AS
Nbre de personnes formées	12	3	2	1
Coût	1920€	1228,5€	1120,8€	300€

Grandes orientations en matière de formation

Les grands axes pluriannuels de la formation pour les EHPAD, FAM et SSIAD sont les suivants :

- développement de la méthodologie Gineste-Marescotti (Humanitude) pour les EPHAD et le SSIAD.
- poursuite des formations institutionnelles (douleur, Alzheimer, Fin de vie et Soins Palliatifs,...).
- adaptation du personnel aux évolutions législatives, réglementaires et sociétales.
- formations nécessaires selon déclinaison des projets de service.

➤ Points forts ou difficultés diverses (mouvements de personnels, problèmes de recrutement, GVT...) constatés en matière de ressources humaines sur les 3 dernières années :

Difficulté de recrutement du personnel infirmier, qui par ailleurs est instable (demandes de disponibilité pour exercer en libéral).

Projection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite

Projection à législation constante et sous réserve de la demande des agents concernés

<u>ANNEE 2017 :</u> ESMS xxx ESMS xxx	18			17 remplacements (ASHQ/Cav) 1 mutualisé avec un autre service (cadre) - 40 000 €
<u>ANNEE 2018 :</u> ESMS xxx ESMS xxx	8			7 remplacements 1 suppression de poste (cadre supérieur) - 70 000 €
<u>ANNEE 2019 :</u> ESMS xxx ESMS xxx	6			5 remplacements 1 suppression de poste (cadre de santé) - 62 500 €
<u>ANNEE 2020 :</u> ESMS xxx ESMS xxx	6			5 remplacements 1 suppression poste (IDE mise à dispo MAIA à 90 %) - 6 350 €
<u>ANNEE 2021 :</u> ESMS xxx ESMS xxx	6			5 remplacements 1 poste mutualisé avec un autre service (psychomot) - 23 500 €
TOTAL	44			39 remplacements 3 suppressions 2 postes mutualisés - 201 850 €
Provisions déjà constituées				
RESTE A FINANCER				

2 1 3 Mutualisations des moyens entre les différents ESMS

2 1 4 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) ?
NON
- Autres actions innovantes (Ex : développement de la domotique, Silver Economie...) ?

3 DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENT : ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Tableau de bord non rempli par l'établissement, une dérogation a été accordée.

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.

Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

a) Données de caractérisation

Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif global/partiel*) : global
- Modalités de tarification (*avec ou sans PUI*) : avec PUI
- Autorisation spécifique (*UHR / Unité Spécifique Alzheimer / PASA / ESA*) :

PASA à St Aulaye et Ribérac

Hébergement Temporaire à Ribérac. Ce dernier appelle une réflexion quant à sa répartition géographique. Deux hypothèses de travail :

- 1) une répartition géographique avec 3 places à St Aulaye ou à La Roche Chalais et 3 places à Ribérac.
- 2) Ou une extension de capacité par transformation de lits d'HP ou extension des places.

La question de l'accueil de nuit est ici posée en hypothèse avec contractualisation des modalités de financement.

Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : Les conventions tripartites des 3 EHPAD sont échues

Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent / hébergement temporaire / accueil de jour*) :

Ribérac : 130 HP et 6 HT

St Aulaye : 103 lits HP

La Meynardie : 60 lits HP

Concernant la population accueillie en EHPAD de La meynardie il est nécessaire d'organiser des prises en charges spécifiques, notamment afin de prendre en compte la problématique psychiatrique.

Cette situation est bien connue des autorités mais n'avait pas fait l'objet jusqu'à présent d'une réflexion et de moyens spécifiques.

Le projet est en cours de réflexion mais doit être mieux défini. Il concerne 30 lits sur les 60 d'EHPAD. Pour autant un poste spécifique infirmier a déjà été ciblé. En complément du temps spécialiste serait nécessaire.

- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : 293
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance :

Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences :
- Organisation comprenant un pool de remplacement :
- Nature du diplôme du Directeur :

Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité :

- La Meynardie : avis défavorable
- St Aulaye : avis favorable
- Ribérac : favorable
- Accès à un groupe électrogène : oui
- Nombre de chambres :

La structuration des secteurs médico sociaux des sites du CHIC RDD est :

Site de LA MEYNARDIE (bâtiment structuré en 2003 ; actuellement en cours de travaux « Désenfumage ») :

Rez-de-chaussée :

FAM de 30 résidents (28 chambres dont 2 chambres doubles),
 Unité fermée d'EHPAD de 20 résidents (18 chambres dont 2 chambres doubles),
 Unité d'EHPAD de 10 chambres simples,
 R+1 : Unité d'EHPAD de 30 résidents (28 chambres dont 2 chambres doubles),
(cf : plans annexés)

Site de RIBERAC (bâtiment neuf investi depuis novembre 2017 : uniquement des chambres simples) :

Rez-de-chaussée :

Accueil de Jour de 6 places,
 PASA
 Unité fermée d'EHPAD de 18 lits,
 Unité d'EHPAD de 36 lits,
 R+1 : Unité d'EHPAD de 37 lits et 8 lits,
 R+2 : Unité d'EHPAD de 37 lits.
(cf : plans annexés)

Site de SAINT AULAYE (bâtiment restructuré en 2011) :

Rez-de-chaussée :

Unité fermée d'EHPAD de 14 résidents (12 chambres dont 2 doubles)
 Unité d'EHPAD de 23 résidents (21 chambres dont 2 doubles)
 PASA
 R+1 :

Unité fermée d'EHPAD de 12 résidents (10 chambres dont 2 doubles)
 Unité d'EHPAD de 54 résidents (53 chambres dont 1 double)
(cf : plans annexés)

- Organisation des transports accueil de jour :
- Plateau technique/Equipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) :

Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : oui. Il existe des pièces rafraîchies dans tous les sites.
- 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 charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

Ribérac :

- Dernier GMP connu : 799
- Dernier GMP validé : 799
- Dernier PMP connu : 179
- Dernier PMP validé : 179

St Aulaye

- Dernier GMP connu : 740
- Dernier GMP validé : 740
- Dernier PMP connu : 192
- Dernier PMP validé : 192

La Meynardie

- Dernier GMP connu : 813.90
- Dernier GMP validé : 813.90
- Dernier PMP connu : 236
- Dernier PMP validé : 236

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 % :
 - sorties par décès
 - sorties par hospitalisation
 - sorties par retour à domicile
 - sorties suite à réorientation vers un autre ESMS
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en % :

Quel est le niveau d'activité de l'ESMS ?

- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) :

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)
HP Ribérac Année 2016 baisse progressive des 10 lits	47 450 pour 130	51 685 sur 140 lits	
HP La Meynardie	21 900	21 590	98.58%
HP Saint Aulaye	37 595	37 123	98.74%
HT Ribérac	1 095	731	66.75%
Accueil de jour	1 338	832	
SSIAD	31 025	33 565	
FAM	10 950	10 717	

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 cœur de métier ?

- Taux d'ETP vacants au 31/12 :
- Taux de prestations externes :

L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) :

EHPAD LA MEYNARDIE

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme N -3	Taux d'absentéisme N -2	Taux d'absentéisme 2016
Infirmier			22,97%
Aides soignants / AMP			6,01%
ASHQ			13,14%

Absence de données quantifiables pour 2014 et 2015 car modalités de calcul différentes selon les établissements.

EHPAD RIBERAC

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme N -3	Taux d'absentéisme N -2	Taux d'absentéisme 2016
Infirmier			16,28%
Aides soignants / AMP			7,87%
ASHQ			10,94%

Absence de données quantifiables pour 2014 et 2015 car modalités de calcul différentes selon les établissements.

EHPAD SAINT-AULAYE

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme N -3	Taux d'absentéisme N -2	Taux d'absentéisme 2016
Infirmier			0,00%
Aides soignants / AMP			5,23%
ASHQ			10,13%

Absence de données quantifiables pour 2014 et 2015 car modalités de calcul différentes selon les établissements.

- Taux d'absentéisme par motif :
 - pour maladie ordinaire
 - pour maladie de moyenne durée
 - pour maladie de longue durée
 - pour accident de travail/maladie professionnelle
 - 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 :
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses :

Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?

- Taux de CAF :
- Taux de vétusté des constructions :
- Taux d'endettement :
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes :

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ?

- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) :
 - Titre 1 : Produits afférents aux soins :
 - Titre 2 : Produits afférents à la dépendance :
 - Titre 3 : Produits de l'hébergement :
 - Titre 4 : Autres produits :

Total Groupes de recettes	2 885 916	2 789 101	2 792 437
TITRE 1	1 127 355	1 092 801	1 037 006
TITRE 2	399 674	372 548	410 121
TITRE3	1 164 100	1 137 807	1 157 159
TITRE4	194 787	185 945	188 151

En 2016 des crédits de Médicalisations ont été attribués en sus sur la dotation soin soit 63 650€

Total Groupes de recettes	5 638 897	5 895 572	5 642 871
TITRE 1	2 090 006	2 089 019	2 004 758
TITRE 2	755 904	748 824	777 495
TITRE 3	2 566 547	2 565 134	2 523 439
TITRE 4	289 019	492 595	337 179

Pour les années 2015 et 2016 des crédits supplémentaires pour le projet EHPAD Centre ressources soit 50 300 en 2016 et 85 150 en 2015.

Une reprise de provision de 50 000€ impacte le titre 4 sections soin.

Total Groupes de recettes	4 333 819	4 263 976	3 955 462
TITRE 1	1 681 277	1 709 150	1 309 953
TITRE 2	620 466	606 113	631 002
TITRE 3	1 725 518	1 709 334	1 688 257
TITRE 4	306 158	239 379	326 250

Passage au tarif global en 2015 d'où une revalorisation de la dotation soin 341 230€

- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) :
 - Titre 1 : Charges de personnel :
 - Titre 2 : Charges à caractère médical :
 - Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général :
 - Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles :

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
 - Section hébergement :
 - Section dépendance :
 - Section soins :
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
 - Section hébergement :
 - Section dépendance :
 - Section soins :
- Taux d'utilisation de la dotation en soins :
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins :
 - dépenses de personnel :

- dépenses de prestation et fournitures médicales et paramédicales :
- dépenses de matériel médical :

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) : les 3 sont réalisées
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : il reste à réaliser celle de La Meynardie (prévue pour 2017, mais reportée par dérogation pour 2018)

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 :

Le CHICRDD est un regroupement de 3 CH : Ribérac, St Privat et st Aulaye qui ont fusionné en janvier 2016.

Une étude et un schéma directeur constituent les éléments nécessaires au déroulement des projets de fusions.

Intégré dans le GHT Dordogne, le CHICRDD a pris en compte les demandes d'évolution de son système d'information.

La télémédecine fait partie de son offre de soins et développe une solution avec TSA pour des consultations d'experts à distance.

Pour répondre aux exigences des ARS, le CHICRDD a mis tout en œuvre pour respecter les prérequis des environnements médicaux dans son système d'information.

Aujourd'hui, sur l'ensemble des applications à fusionner, il ne reste plus que la Meynardie à intégrer dans le DPI commun du CHICRDD. Ce projet est en phase de finalisation avec une fusion effective prévue le 05 mai 2017.

Le site de St Aulaye centralise les accès au domaine applicatif via son Active Directory. Les applications administratives de Berger Levrault « DIS » pour la paie, la gestion économique et financière, les admissions et la facturation, le logiciel Osiris de Corwin-Evolucare pour le Dossier Patient Informatisé, Planiciel d'Insight pour la gestion des plannings, ENNOV pour la qualité, constituent notre domaine applicatif.

En ce qui concerne les sauvegardes, elles sont exécutées par la solution de sauvegarde Veeam-backup vers un espace dédié et un NAS dans un local spécifique. 2 salles serveurs fonctionnent ensemble pour assurer un PCA optimal et ont fait une étude de risque pour parer aux éventuels risques comme le feu, le vol, la dégradation volontaire... Les antivirus Kaspersky protègent les postes et les serveurs.

6 liens SDSL assurent les accès internet via des passerelles « Orange » sécurisées et le partage des applications pour l'ensemble des 3 sites du CHICRDD.

Analyse de l'existant :

Les points forts :

- Une architecture serveur de haute disponibilité avec un PCA aux attentes des normes HN.
- Un lien intersites sécurisé VPN/MPLS avec un lien de secours à St. Aulaye.
- Les sauvegardes assurent un PRA en cas de pannes et la restauration des données est possible jusqu'à j-15.
- Une solution antivirus robuste centralisée avec Kaspersky
- Une solution de mise à jour des systèmes Microsoft centralisée
- Les accès Internet sécurisés grâce aux passerelles du lien MPLS d'Orange.
- Une ouverture vers les CHU avec la télémédecine
- Un engagement auprès du GHT

Les points faibles :

- Un manque d'urbanisation des réseaux se fait ressentir notamment à St Privat des Près qui est limité à un débit de 2Mbits/s et est exposé aux pannes longues de réseau. Ces liens sont sous-dimensionnés pour une utilisation normale et cela implique une multiplication des liens SDSL (4)
- Ribérac ne dispose que d'un seul lien non redondé et s'expose lui aussi à des absences de réseau prolongés.
- Les liens Orange ne sont pas directement administrables et nous exposent à des dépenses et à un manque de visibilité du trafic.
- Chaque site possède son propre système de téléphonie
- La fusion des DPI a pris du retard suite à un cahier des charges non respectés de la part de CORWIN.

Les évolutions à prévoir :

- Finaliser la fusion du DPI et raccrocher St Privat à la base commune du CHICRDD
- Migration des liens SDSL de la Meynardie vers des débits plus hauts
- Mutualiser les liens téléphoniques
- Améliorer la qualité de service des liens VPN
- Renouveler les éléments actifs du réseau des sites de St Privat et Ribérac
- Mettre en place un réseau wifi sur l'ensemble des 3 sites et partager un accès internet pour les patients

3 1 2 Analyse des données du tableau de bord

Données de caractérisation			

Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes			
Axe n°2 : Ressources humaines			
Axe n°3 : Finances et budget			
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?			

3 2 ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3 2 1 Activité par type d'accueil

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)
HP Ribérac Année 2016 baisse progressive des 10 lits	47 450 pour 130	51 685 sur 140 lits	
HP La Meynardie	21 900	21 590	98.58%
HP Saint Aulaye	37 595	37 123	98.74%
HT Ribérac	1 095	731	66.75%
Accueil de jour	1 338	832	
SSIAD	31 025	33 565	
FAM	10 950	10 717	

Journées théoriques (<i>capacité x365j</i>)			
Journées réalisées			
Taux d'occupation			

Explication sur le niveau du taux d'occupation, et solutions pour optimiser ce taux :

Forces :

Demandes d'admission régulières, peu de difficultés.

Faiblesses :

problématique département hors département, qui nécessite une gestion pas toujours adaptée aux besoins du territoire avec des conséquences importantes en terme financier.

Caractériser l'inadéquation (ex :au regard du public pris en charge -profil, absences de réponse, au regard de l'implantation géographique...).

Listes d'attente et constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :

Concernant les listes d'attente aucune donnée fiable n'est possible pour le secteur EHPAD. Les dossiers sont déposés mais lorsqu'une solution est trouvée, l'information n'est pas donnée ou bien lorsqu'une place se libère la personne ne souhaite plus rentrer.

Les difficultés majeures concernent les troubles du comportement majeur, notamment certaines formes de démences, pour lesquelles les effectifs et accompagnement de nos structures ne permettent pas de faire face.

Des difficultés de plus en plus fréquentes de dossiers insolubles, pour lesquels nous ne pouvons pas prendre de risque au regard de nos situations financières. La solidarité financière n'existe pas, une fois admis la problématique est pleine et entière pour nos institutions et nous devons assumer les impayés, quelque fois par des dossiers mal gérés en amont !

Indiquer le nombre de personnes en liste d'attente active pour entrer dans votre EHPAD.

3 2 2 Ressources humaines :

➤ Tableau des effectifs rémunérés au 31/12/2016 EHPAD LA MEYNARDIE :

Catégories	Nb agents théorique	ETP	Taux d'encadrement Réel	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres	Postes non financés
direction /encadrement :		1,53	0,03			
- directeur						
- directeur adjoint						
- chef de service (...)						
Administration/ Gestion		2,41	0,05			
- secrétaire de direction (...)						
Services généraux		6,17	0,13			
-agent d'entretien (...)						
Restauration		3,2	0,06			
- cuisinier						
Socio-éducatif		0				
- éducateur spécialisé						
- moniteur-éducateur						
- assistante sociale (...)						
Paramédical		33,3	0,68			
- psychologue						
- psychomotricien						
- infirmier						
- orthophoniste (...)						
Médical		0,76	0,01			
- médecin (...)						
Animation		1	0,02			
Pharmacie		0,93	0,02			
TOTAL		49,3	1,00			

➤ Tableau des effectifs rémunérés au 31/12/2016 EHPAD RIBERAC :

Catégories	Nb agents théorique	ETP	Taux d'encadrement Réel	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres	Postes non financés
direction /encadrement :		3,12	0,025			
- directeur						
- directeur adjoint						
- chef de service (...)						
Administration/ Gestion		5,29	0,05			
- secrétaire de direction (...)						
Services généraux		13,86	0,12			
-agent d'entretien (...)						
Restauration		9,09	0,08			
- cuisinier						
Socio-éducatif		0	0			
- éducateur spécialisé						
- moniteur-éducateur						
- assistante sociale (...)						
Paramédical		81,4	0,70			
- psychologue						
- psychomotricien						
- infirmier						
- orthophoniste (...)						
Médical		0,6	0,005			
- médecin (...)						
Animation		2	0,01			
Pharmacie		1,39	0,01			
TOTAL		116,75	1,00			

Commentaires :

2 ETP sont affectés à l'Accueil de Jour Thérapeutique.

➤ Tableau des effectifs rémunérés au 31/12/2016 EHPAD SAINT-AULAYE :

Catégories	Nb agents théorique	ETP	Taux d'encadrement Réel	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres	Postes non financés
direction /encadrement :		1,9	0,02			
- directeur						
- directeur adjoint						
- chef de service (...)						
Administration/ Gestion		4,64	0,05			
- secrétaire de direction (...)						
Services généraux		10,77	0,12			
-agent d'entretien (...)						
Restauration		7,88	0,09			
- cuisinier						
Socio-éducatif		0	0			
- éducateur spécialisé						
- moniteur-éducateur						
- assistante sociale (...)						
Paramédical		61,39	0,68			
- psychologue						
- psychomotricien						
- infirmier						
- orthophoniste (...)						
Médical		0,4	0,004			
- médecin (...)						
Animation		1,86	0,02			
Pharmacie		1,25	0,01			
TOTAL		90,09	0,994			

Commentaires :

➤ Tableau des effectifs rémunérés au 31/12/2016 FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE :

Catégories	Nb agents théorique	ETP	Taux d'encadrement réel	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres	Postes non financés
Direction /encadrement :		1,26	0,04			
- directeur						
- directeur adjoint						
- chef de service (...)						
Administration/ Gestion		1,18	0,03			
- secrétaire de direction (...)						
Services généraux		3,07	0,09			
- agent d'entretien (...)						
Restauration		1,6	0,04			
- cuisinier						
Socio-éducatif		10,72	0,32			
- éducateur spécialisé						
- moniteur-éducateur						
- assistante sociale (...)						
Paramédical		13,72	0,41	2		
- psychologue						
- psychomotricien						
- infirmier				2		
- orthophoniste (...)						
Médical		1,24	0,04			
- médecin (...)						
Animation		0	0			
Pharmacie		0,92	0,03			
TOTAL		33,71	1,00			

Commentaires :

Projet de cadre socio-éducatif partagé entre le FAM (0,5 ETP) et l'EHPAD de LA MEYNARDIE (0,5ETP).

➤ Tableau des effectifs rémunérés au 31/12/2016 SSIAD :

Catégories	Nb agents théorique	ETP	Taux d'encadrement Réel	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres	Postes non financés
Direction /encadrement : - directeur - directeur adjoint - chef de service (...)		1,08	0,04			
Administration/ Gestion - secrétaire de direction (...)		0,68	0,03			
Services généraux -agent d'entretien (...)		0				
Restauration - cuisinier		0				
Socio-éducatif - éducateur spécialisé - moniteur-éducateur - assistante sociale (...)		0				
Paramédical - psychologue - psychomotricien - infirmier - orthophoniste (...)		23,74	0,93			
Médical - médecin (...)						
Animation						
Pharmacie						
TOTAL		25,5	1,00			

Commentaires :

Direction/administration							
Services généraux							
Animation							
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)							
Aide-soignant- AMP- ASG							
Psychologue							
Infirmière							
Auxiliaires médicaux							
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur							
Autre fonction – CAE							
TOTAL (hors CAE)							

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure :

Commentaires éventuels :

Taux d'absentéisme par catégorie et par motif (cf. bilan social n-1)

➤ Taux d'absentéisme par catégorie émanant du bilan social pour chacune des 3 dernières années :

EHPAD LA MEYNARDIE

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme N -3	Taux d'absentéisme N -2	Taux d'absentéisme 2016
Infirmier			22,97%
Aides soignants / AMP			6,01%
ASHQ			13,14%

Absence de données quantifiables pour 2014 et 2015 car modalités de calcul différentes selon les établissements.

EHPAD RIBERAC

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme N -3	Taux d'absentéisme N -2	Taux d'absentéisme 2016
Infirmier			16,28%
Aides soignants / AMP			7,87%
ASHQ			10,94%

Absence de données quantifiables pour 2014 et 2015 car modalités de calcul différentes selon les établissements.

EHPAD SAINT-AULAYE

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme N -3	Taux d'absentéisme N -2	Taux d'absentéisme 2016
Infirmier			0,00%
Aides soignants / AMP			5,23%
ASHQ			10,13%

Absence de données quantifiables pour 2014 et 2015 car modalités de calcul différentes selon les établissements.

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme N -3	Taux d'absentéisme N -2	Taux d'absentéisme 2016
Encadrement			17,53%
Infirmier			0,59%
Aides soignants			1,49%
Socio-éducatif			1,14%
ASHQ			0,11%

Absence de données quantifiables pour 2014 et 2015 car modalités de calcul différentes selon les établissements.

SSIAD

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme N -3	Taux d'absentéisme N -2	Taux d'absentéisme 2016
Aides soignants / AMP			6,46%

Absence de données quantifiables pour 2014 et 2015 car modalités de calcul différentes selon les établissements.

Diagnostic budgétaire et financier –

3.2.3 Analyse budgétaire et financière, par ESMS, des trois derniers comptes administratifs.

Principaux indicateurs économiques

- Les recettes nettes sur la période (produits des groupes 1 à 3) : *commentaires sur l'évolution globale et par groupe de dépenses.*
- Les résultats sur la période : *commentaires sur les montants et affectations*

Total Groupes de recettes	2 885 916	2 789 101	2 792 437
TITRE 1	1 127 355	1 092 801	1 037 006
TITRE 2	399 674	372 548	410 121
TITRE 3	1 164,100	1 137 807	1 157 159
TITRE 4	194 787	185 945	188 151

En 2016 des crédits de Médicalisations ont été attribués en sus sur la dotation soin soit 63 650€

Total Groupes de recettes	5 638 897	5 895 572	5 642 871
TITRE 1	2 090 006	2 089 019	2 004 758
TITRE 2	755 904	748 824	777 495
TITRE 3	2 566 547	2 565 134	2 523 439
TITRE 4	289 019	492 595	337 179

Pour les années 2015 et 2016 des crédits supplémentaires pour le projet EHPAD Centre ressources soit 50 300 en 2016 et 85 150 en 2015.

Une reprise de provision de 50 000€ impacte le titre 4 sections soin.

Total Groupes de recettes	4 333 819	4 263 976	3 955 462
TITRE 1	1 681 277	1 709 150	1 309 953
TITRE 2	620 466	606 113	631 002
TITRE 3	1 725 518	1 709 334	1 688 257
TITRE 4	306 158	239 379	326 250

Passage au tarif global en 2015 d'où une revalorisation de la dotation soin 341 230€

Total Groupes de recettes	1 179 725		
Groupe 1	1 156 684		
Groupe 2	23 041		
Groupe 3	0		

Pas de consolidation des budgets pour 2015 et 2014 sinon doublon, reversement de la dotation ESA d'un site à l'autre.

Total Groupes de recettes	2 003 216	2 044 088	1 856 223
Groupe 1	1 944 358	1 926 207	1 905 634
Groupe 2	35 272	59 974	73 207
Groupe 3	23 586	57 908	33 796

Synthèse groupes de dépenses

POUR TOUS LES BUDGETS

Les écarts importants sur les charges de personnel se justifient par les nouvelles clés de répartition du personnel commun suite à la fusion au 01^{er} janvier 2016.

Seuls les résultats 2016 sont inscrits reprenant l'antériorité de chacun des budgets.

Total Groupes de dépenses	2 835 146	2 738 698	2 675 908
TITRE 1	2 152 889	2 058 827	1 997 985
TITRE 2	85 860	90 915	100 039
TITRE 3	350 334	358 529	363 578
TITRE 4	236 065	230 328	214 307

Résultats à affecter :

SOIN	122 766.16		
HEBERGEMENT	- 56 086.82		
DEPENDANCE	- 214 991.60		

Total Groupes de dépenses	5 890 830	6 058 443	5 662 963
TITRE 1	4 540 600	4 484 414	4 178 182
TITRE 2	163 017	187 103	163 081
TITRE 3	834 798	856 984	853 406
TITRE 4	352 425	529 942	468 294

Les écarts du titre 4 s'expliquent par les provisions pour la reconstruction de l'EHPAD et de crédits non reconductibles sur 2015 et 2014.

Résultats à affecter :

SOIN	- 237 749.98		
HEBERGEMENT	6 520.87		
DEPENDANCE	- 307 673.24		

Total Groupes de dépenses	4 599 691	3 961 629	3 934 986
TITRE 1	3 511 274	2 483 926	2 410 247
TITRE 2	130 110	2 064	372
TITRE 3	561 339	1 107 959	1 183 499
TITRE 4	396 968	367 679	340 908

Les charges communes remboursées par le titre 3 expliquent les écarts significatifs des titres 1 et 2.

Résultats à affecter :

SOIN	103 822.59		
HEBERGEMENT	- 91 872.85		
DEPENDANCE	- 399 085.12		

Total Groupes de dépenses	1 263 519		
Groupe 1	171 813		
Groupe 2	1 034 621		
Groupe 3	58 930		

Fusion des SSIAD de ST Aulaye et Ribérac au 01^{er} janvier 2016.
le report à nouveau déficitaire est un cumul des deux.

Résultats à affecter :

Report à nouveau déficitaire	- 80 224.24		

Total Groupes de dépenses	1 964 728	2 001 677	1 856 223
Groupe 1	178 613	173 227	193 871
Groupe 2	1 439 325	1 603 941	1 575 885
Groupe 3	346 791	224 510	186 468

Les écarts du titre 3 sont liés à une provision de 190 000€ en 2016.

Résultats à affecter :

	38 487.38		
--	-----------	--	--

Tableau des provisions et réserves

EHPAD LA MEYNARDIE

Réserve de compensation des déficits d'exploitation	157 487.76 € SOIN
Réserve de compensation des charges d'amortissement	€
Réserve de trésorerie	€
Provisions pour risques et charges	9 180 SOIN
Provisions pour renouvellement des immobilisations	37 792 SOIN
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	€

EHPAD RIBERAC

Réserve de compensation des déficits d'exploitation	€
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	€
Provisions pour risques et charges	258 700 HEB 33 300 SOIN
Provisions pour renouvellement des immobilisations	1 550 000 HEB
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	€

EHPAD ST AULAYE

Réserve de compensation des déficits d'exploitation	383 503.66 € SOIN
Réserve de compensation des charges d'amortissement	€
Réserve de trésorerie	€
Provisions pour risques et charges	
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	€

FAM

Réserve de compensation des déficits d'exploitation	18 000€
Réserve de compensation des charges d'amortissement	€
Réserve de trésorerie	€
Provisions pour risques et charges	190 000€
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	€

SSIAD

Réserve de compensation des déficits d'exploitation	€
Réserve de compensation des charges d'amortissement	€
Réserve de trésorerie	€
Provisions pour risques et charges	
Provisions pour renouvellement des immobilisations	13 808
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	€

Projets d'investissement

Des projets sont-ils en cours de réflexion ou de mise en œuvre (*mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction...*) ?

4 2 4 Démarche qualité et gestion des risques –

3 2 5 Cette partie est à renseigner en lien avec les évaluations internes et/ou externes.

Livret d'accueil				
La charte des droits et libertés de la personne accueillie				
Contrat de séjour				
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition				
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation				
Règlement de fonctionnement				
Projet d'établissement				
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 évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance</i>				
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité				
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes				
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux				

conditions de leur fin de vie				
LES MÉDICAMENTS EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation				
Livret thérapeutique en place				
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins				
Protocole risque de chute				
Prévention et prise en charge des escarres				
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires				
Prise en charge de la douleur				
Accompagnement de la fin de vie				
Prise en charge de la dénutrition				
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments				

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 : Sans objet

Si non, une convention avec la (ou les) officine(s) dispensant les médicaments a été établie : Oui/Non

<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui de la PUI : La P.U.I. du Centre hospitalier gère également le circuit du médicament de l'EHPAD et sa sécurisation (Section Hébergement et Hébergement temporaire). Le pharmacien est le RSMQ-PECM. Une collaboration est établie avec la GDR pour travailler sur le macroprocessus de l'Ehpad et définir le processus « Garantir la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. » Un interdiag EHPAD a été réalisé pour établir la cartographie des risques de l'Ehpad. - Pertinence et sécurisation, Administration : Toutes les prescriptions sont informatisées, en temps réel et en lien avec la Pharmacie : elles sont donc analysées, validées et respectent le livret thérapeutique. Les modifications sont faites dès la prescription à la condition expresse qu'elle soit établie durant les heures d'ouverture de la pharmacie. Pour les

urgences, l'Ehpad y répond avec sa dotation d'urgence et/ou appelle le pharmacien pour tout médicament non en stock tampon. Ils peuvent également se dépanner chez le pharmacien de ville.

Depuis 2006, la dispensation des médicaments est nominative et individuelle ; l'ensemble des traitements en vrac ou fractionnés est reblistérés pour une délivrance unitaire. De plus, le sur étiquetage performe la lisibilité et la sécurité pour tout médicament dont les conditionnements ne sont pas adaptés jusqu'à l'administration.

Une sensibilisation de l'ensemble des IDE aux erreurs médicamenteuses a été réalisée.

Le choix se porte d'avoir au livret des médicaments dont la galénique est adaptée à nos personnes âgées (lyocs, sublinguaux,...) et un broyeur (+ une documentation pour les médicaments pouvant l'être) est à disposition.

Différents documents accompagnent l'EHPAD, sur l'utilisation de dispositifs médicaux, nouveaux médicaments ou techniques ainsi que sur les journées ou semaines spécifiques (Semaine de la sécurité des patients, AVC, etc...).

Le MEOPA (et le nursing touch) sont utilisables en EHPAD) ainsi que toutes les nouveautés médicamenteuses et ce dans le respect des AMM.

Le CREX associe l'EHPAD et travaille à la mise en place d'actions d'améliorations qui rayonnent sur l'ensemble de la structure.

Le pharmacien a sollicité une demande d'évolution auprès du logiciel métier, permettant de coupler le Livret thérapeutique à la liste Laroche des médicaments inappropriés chez la personne âgée .Devant le refus du logiciel, le GUIDE de POCHE P.A.P.A. a été distribués à l'ensemble prescripteur.

- Avenir :

Nous attendons la venue du médecin coordonnateur pour mettre en œuvre des revues médico-pharmaceutiques, ainsi qu'un travail collégial sur les chutes.

Le déploiement de la conciliation médicamenteuse va également arriver en EHPAD. (DP ?).

	<p>Il a été décidé en CME de mettre en place autant en EHPAD que dans les autres services de soins :</p> <ul style="list-style-type: none">• Un mémo (uniformisation des pratiques/Rappels sur D.M.)• La mise en ligne (développement durable) des documents d'information et messages d'alerte sur IJTRACE• Clin d'œil : information tous les deux mois sur le risque infectieux.
--	--

Bilan de la convention tripartite précédente

5 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 ?

AXE 1 : LISTE DES OBJECTIFS COMMUNS

Fiche Action N°1.1	
Prévoir une autorisation unique du CHIC RDD avec 3 sites + budget unique	
Réfèrent (personne ou institution) : M Delibie	
Constat du diagnostic	Trois établissements et 3 budgets et trois prix de journées pour un service identique
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mettre en œuvre le budget unique dans un premier temps avec trois prix de journées pour aboutir un un seul prix de journée, le plus élevé des trois et une autorisation unique
Description de l'action	Création d'un FINESS (ARS) Création du fichier structure (établissement/fournisseur de logiciel) Coordination avec la DGFIP
Identification des acteurs à mobiliser	ARS Berger levrault DGFIP DDSP
Moyens nécessaires	Matériel et humain plus délai réglementaires
Calendrier prévisionnel	Cadrage en 2019 pour une opérationnalité en 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Un seul budget Un seul prix de journée
Points de vigilance	Progressivité à prévoir pour des raisons sociales Déficits qui continue à se créer sur le site de St Aulaye

AXE 1 : LISTE DES OBJECTIFS COMMUNS

Fiche Action N°1.2 Construire un projet d'établissement global décliné en projet de service spécifique EHPAD, SSIAD, FAM, PASA, AJ, HT	
<i>Référent (personne ou institution) : C Vian coordinatrice générale des soins</i>	
Constat du diagnostic	Création de l'établissement en 2016 par fusion, le projet institutionnel est créé permettant un socle commun pour l'ensemble des services, les projets d'établissements sont en cours
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Rédiger les projets d'établissement pour chaque entité
Description de l'action	A partir de l'auto évaluation (logiciel Arsène), des objectifs du projet institutionnel et des orientations du CPOM rédiger les projets d'établissement
Identification des acteurs à mobiliser	Cadre de service Professionnels de chaque service
Moyens nécessaires	Logiciel Arsène Temps de réunions
Calendrier prévisionnel	De fin 2018 à 1 ^{er} semestre 2020, rédaction par service selon la maturité et les projets de chaque entité
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Projets rédigés</u> <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Organisation posée pour chaque axe de travail
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Respect des délais Transcription en action concrète Démobilisation des professionnels et épuisement rendant difficile leur implication → qualité de vie en milieu professionnel

AXE 1 : LISTE DES OBJECTIFS COMMUNS

Fiche Action N°1.3	
Construire un projet de vie pour chaque résident et le réactualiser si nécessaire	
<i>Référent (personne ou institution) : chaque cadre de proximité</i>	
Constat du diagnostic	Projet de vie pour chaque résident en cours dans chaque service mais non finalisé
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Valider une méthode de réalisation compatible avec le temps possible à libérer et permettant de garder le sens plutôt que la forme
Description de l'action	Méthode de travail définie avec le service qualité Rédiger et valider la procédure de rédaction des projets de vie, incluant la réactualisation
Identification des acteurs à mobiliser	Service qualité Cadres de proximité Equipes de soins et éducatives
Moyens nécessaires	Temps de réunions Implication des équipes et particulièrement le médecin coordonnateur et le psychologue
Calendrier prévisionnel	En cours finalisation 2 ^e semestre 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Procédure rédigée et validée <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> 100% des projets de vie rédigés et actualisés
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Maîtrise du temps Donner du sens Vigilance sur la réactualisation

AXE 1 : LISTE DES OBJECTIFS COMMUNS

Fiche Action N°1.4	
Poursuivre le développement d'une politique de prévention et de gestion des risques, des crises et des événements indésirables pour une appropriation de cette culture par le personnel	
Réfèrent (personne ou institution) : M Delibie	
Constat du diagnostic	L'établissement a acquis un logiciel de gestion documentaire intégrant la déclaration informatisée des événements indésirables, la politique qualité gestion des risques est définie
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Poursuivre le développement de la politique en incluant chaque nouvel arrivant Maintien du travail engagé en vue d'une diminution des EI Faire référence à chaque travaux et instances à la politique QGR
Description de l'action	Formation des nouveaux arrivants Mobilisation de l'encadrement pour une diffusion permanente le QGR
Identification des acteurs à mobiliser	Tous les professionnels Le service qualité garant de la mise en œuvre de la méthodologie
Moyens nécessaires	Logiciel Temps humain communication
Calendrier prévisionnel	Permanent et défini depuis 2017
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de FEI Rapport d'activité des instances et commissions <u>Indicateurs de résultat (impact)</u>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Permanence de la communication Recherche de simplification pour une meilleure appropriation et suivi des procédures

AXE 1 : LISTE DES OBJECTIFS COMMUNS

Fiche Action N°1.5 Harmoniser les pratiques concernant notamment les directives anticipées	
<i>Référent (personne ou institution) : C Vian coordinatrice générale des soins psychologiques</i>	
Constat du diagnostic	L'établissement a l'obligation de mettre en œuvre la procédure permettant au résident de rédiger ses directives anticipées s'il le souhaite Document d'information aux usagers rédigée et disponible dans le livret d'accueil
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Rédiger la procédure de recueil des directives anticipées et les documents associés Information aux professionnels
Description de l'action	Groupe de travail à constituer pour la rédaction de la procédure Organiser la formation en interne
Identification des acteurs à mobiliser	Cadres Service qualité psychologues
Moyens nécessaires	Temps humain
Calendrier prévisionnel	1 ^{er} semestre-et en continu
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Procédure rédigée <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de résident ayant eu l'information sur la possibilité de rédiger les directives anticipées (traçabilité dans le DPI) par rapport au nombre total de résidents
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Information claire sur la nécessité de donner les moyens de rédiger les directives

AXE 1 : LISTE DES OBJECTIFS COMMUNS

Fiche Action N°1.6 HAD et équipe soins palliatifs	
<i>Référent (personne ou institution) : C Vian coordinatrice générale des soins</i>	
Constat du diagnostic	L'HAD et l'équipe de soins palliatifs interviennent dans les différents sites. Rendre plus usuel cette pratique afin de permettre au résident de rester dans son domicile
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Avoir recours au service HAD et l'équipe de soins palliatifs et améliorer la prise en charge Assurer le recours en soins palliatifs par télé-médecine dès lors que la mobilisation est trop tardive
Description de l'action	Rencontre avec l'équipe de soins palliatifs et d'HAD Information large aux professionnels de terrain
Identification des acteurs à mobiliser	Cadres de proximité Médecin coordonnateur Infirmiers
Moyens nécessaires	Convention HAD et équipe mobile Temps humain
Calendrier prévisionnel	Déjà en cours
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de recours aux soins palliatifs sur site ou en télé-médecine Nombre de recours à l'HAD <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Evolution des demandes sur la durée du CPOM
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Assurer la coordination entre les équipes en place et les intervenants extérieurs

AXE 1 : LISTE DES OBJECTIFS COMMUNS

Fiche Action N°1.7	
Développer une politique de formation adaptée sur 5 ans pour tout le personnel (formation sur définition maltraitance pour le SSIAD)	
Réfèrent (personne ou institution) : Y Denaud DRH	
Constat du diagnostic	Le plan de formation est élaboré tous les ans de manière concertée, prenant en compte les orientations nationales, les besoins institutionnels et les besoins individuels
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Processus de recueil de formation défini Réunir la commission de formation Mettre en œuvre le plan de formation
Description de l'action	Organisation du service RH pour assurer le recueil, et la mise en œuvre du plan de formation Mise en œuvre du plan par le service RH coordonné avec l'encadrement de proximité
Identification des acteurs à mobiliser	Direction générale (politique) et direction RH Cadres Services RH
Moyens nécessaires	Logiciel Méthode de travail
Calendrier prévisionnel	Chaque année de juin à novembre pour le recueil Mise en œuvre toute l'année
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Plan de formation rédigé et validé chaque année <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Tableau de suivi des personnels formés
Points de vigilance	Mobiliser les professionnels non demandeur
Bonnes pratiques à promouvoir	Adapter le type de formation au regard des besoins ou problématiques repérées

AXE 2 : LISTE DES OBJECTIFS EHPAD ET SSIAD

Fiche Action N°2.1	
Mettre en place des actions d'animation favorisant la vie sociale vers l'extérieur et harmoniser les pratiques	
Réfèrent (personne ou institution) : Y Denaud	
Constat du diagnostic	La très grande dépendance rend difficile la vie sociale, il est donc nécessaire d'adapter les animations à cette problématique en permettant soit des animations à l'extérieur soit de faire venir l'extérieur vers l'établissement
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Définir une politique d'animation faisant référence aux valeurs du projet institutionnel et aux bonnes pratiques de qualité de vie en EHPAD Rédiger les projets d'animations par service, certains en animation spécifique grande dépendance Mettre en œuvre chaque projet décliné en action concrète dans un programme annuel
Description de l'action	Mobilisation des animatrices pour définir un socle commun de chaque projet d'animation et mettre en place un groupe de travail pour la rédaction des projets au sein de chaque projet d'établissement
Identification des acteurs à mobiliser	Service animation de chaque site Directeur chargé du secteur éducatif Cadres de proximité Service qualité
Moyens nécessaires	Réunions Mise en œuvre : véhicules, matériels, conventions avec écoles, direction de la culture, club de sports adapté...
Calendrier prévisionnel	En cours Finalisation 2è semestre 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Projet rédigés programmes <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'activité faisant appel à l'extérieur
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	bénévoles à encadrer Favoriser des activités adaptées en temps et en déplacement à la réalité de la dépendance et au désir de la personne (susciter mais ne pas imposer)

AXE 2 : LISTE DES OBJECTIFS EHPAD ET SSIAD

Fiche Action N°2.2 Circuit du médicament	
Réfèrent (personne ou institution) : C Saigne/ V Leconte	
Constat du diagnostic	Le circuit du médicament bien que faisant l'objet de procédures et d'évaluation ou audit reste un sujet à risque
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Organiser des audits de bonnes pratiques périodiques ou aléatoires ou suivant une FEI et notamment en CREX
Description de l'action	Définir les audits ciblés pour les EHPAD Réunir le CREX médicament et notamment revoir la procédure CREX
Identification des acteurs à mobiliser	Pharmacie Direction qualité Service qualité
Moyens nécessaires	Connaissances réglementaires Maîtrise de l'audit et de la méthodologie CREX
Calendrier prévisionnel	En cours Révision de la méthode CREX 1 ^{er} trimestre 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre d'audit Nombre de CREX médicament <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> FEI erreur médicamenteuse
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	développer la culture de la déclaration identifier le risque médicament

AXE 2 : LISTE DES OBJECTIFS EHPAD ET SSIAD

Fiche Action N°2.3	
Garantir la pertinence du projet de soins, rapport annuel médical à fournir aux médecins (ARS/CD)	
Réfèrent (personne ou institution) : Christelle Vian, coordonnatrice générale des soins/Dr Ahmadou Guebe, président de la CME	
Constat du diagnostic	Projet de soins 2016-2020 en cours, évolution possible des orientations et/ou des objectifs en fonction du projet institutionnel 2018-2022 finalisé et du projet médical à redéfinir, formaliser. Pas de rapport annuel médical réalisé depuis 2016.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Adapter le projet de soins aux évolutions à venir du projet médical des EHPAD et des orientations du SSIAD
Description de l'action	Détermination des orientations médicales Adaptation des objectifs du projet de soins en fonction de l'évolution du projet médical Réalisation d'un rapport annuel médical et rapport d'activité du SSIAD
Identification des acteurs à mobiliser	Médecins des EHPAD, médecin coordonnateur EHPAD Cadres de santé Direction Coordonnatrice générale des soins
Moyens nécessaires	Utilisation des évaluations internes arsène Temps de réunions
Calendrier prévisionnel	2018-2019-2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de réunions médicales et de réunions paramédicales en lien avec l'évaluation interne des EHPAD Rédaction d'une trame du rapport annuel médical Rédaction des projets de service <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Rapport annuel rédigé et transmis à l'ARS/CD et avenant au projet de soins si besoin
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Absence de médecin coordonnateur sur l'EHPAD de Ribérac Evaluation internes débutantes et à venir Accompagnement des médecins dans la réflexion du projet médical, des orientations médico-sociales.

AXE 2 : LISTE DES OBJECTIFS EHPAD ET SSIAD

Fiche Action N°2.4	
Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéine-énergétique, la qualité gustative des repas	
Réfèrent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur/direction achat	
Constat du diagnostic	L'alimentation doit être perçue comme un soin, la recherche d'amélioration doit être permanente d'autant que les restrictions budgétaires impactent la qualité des produits achetés et certainement leur valeur nutritionnel
Objectif opérationnel (ou spécifique)	IMC pour chaque résident – Suivi du poids de chaque résident Définir la politique médicale de dépistage de la dénutrition Politique achat à optimiser au regard des contraintes et définition des menus prenant en compte les goûts des résidents
Description de l'action	Politique rédigée par le médecin coordonnateur Traçabilité de l'alimentation dans le DPI par les AS
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur Cadre Aides-soignantes/ASH ff soins
Moyens nécessaires	Humains et financiers
Calendrier prévisionnel	permanent
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre IMC réalisé <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Evolution du Nombre de personnes diagnostiquées dénutrie/population totale
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Maintien de la Qualité et variété des produits achetés Quantités mis à disposition

AXE 2 : LISTE DES OBJECTIFS EHPAD ET SSIAD

Fiche Action N°2.5 Réduire le risque de chute et analyse des chutes (idem pour SSIAD)	
<i>Référent (personne ou institution) : médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	Elles sont recensées, les réductions liées aux locaux analysées et des actions sont mises en œuvre, pour autant l'analyse des chutes reste à parfaire
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Développer une analyse systématique des chutes afin de les prévenir (objectif prioritaire pour le SSIAD)
Description de l'action	Informations et conseil auprès des familles à domicile (SSIAD) Sensibilisation des personnes âgées au port de chaussures adaptées (SSIAD) Formation du personnel Repérage et prise en charge individualisée des sujets à risque Prévention de la dénutrition et déficit en vitamine D Limitation de la prescription de psychotropes et des contentions Maintien d'une activité physique régulière Revue des locaux tous les deux ans intégrant le risque de chute. (EHPAD) Mettre en place une grille d'analyse des chutes Poursuivre le repérage des risques liés à l'architecture Développer des actions propres à prévenir la chute tel que sport adapté, chemin de marche
Identification des acteurs à mobiliser	Action 1 médecin coordonnateur- médecins traitants-médecins des EHPAD Action 2 psychomotricien-infirmiers- aide-soignants-ergothérapeute-cadres de santé-IDEC
Moyens nécessaires	Temps médical Chemin de marche et intervention d'un éducateur sportif adapté (convention en cours) Formations des agents et des médecins Dépenses en lien avec des activités sportives adaptées
Calendrier prévisionnel	2019 élaboration d'un plan d'action 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> Taux de chute/nombre de résidents Nombre de formations réalisées Suivi des prescriptions médicamenteuses et contentions Suivi des activités sportives et autres
	<p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> Baisse du nombre de chute pondéré de l'évolution des GIR
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Difficulté de recrutement médical Absence de médecin traitant pour un nombre grandissant de résidents (absence de prévention ou d'actions correctives) Aménagement architectural parfois compliqué Formations en lien avec le maintien de l'indépendance et l'autonomie à développer Accompagnement des médecins dans la gestion de la prescription médicamenteuse

AXE 2 : LISTE DES OBJECTIFS EHPAD ET SSIAD

Fiche Action N°2.7	
Garantir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires (idem pour SSIAD)	
Réfèrent (personne ou institution) : médecin coordonnateur	
Constat du diagnostic	Quasiment 100 % des personnes accueillies n'ont pas de suivi bucco-dentaire
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Après un bilan systématisé, mettre en place un suivi adapté de l'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée en EHPAD et au SSIAD et permettre un accès aux soins
Description de l'action	<p>Réaliser les bilans bucco dentaires en EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer une information en SSIAD Rechercher un dentiste Développer le bilan par télé-médecine (expérimental) Formation Organisation du dépistage des besoins chez la personne âgée en EHPAD et au SSIAD/procédures Sensibilisation et information des personnes âgées et des familles
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Médecin coordonnateur</p> <p>Dentiste</p> <p>Infirmier-IDEC-aide-soignant cadre de santé-diététicienne-familles</p>
Moyens nécessaires	<p>Equipement télé-médecine</p> <p>Moyens humains</p> <p>Formations</p> <p>Malette et matériel pour un dentiste intervenant en EHPAD</p>
Calendrier prévisionnel	Dépendant des moyens humains, infirmier dentiste....
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bilan réalisés : 0 Nombre de formations proposées Nombre d'interventions d'un dentiste en EHPAD <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation du nombre de bilan et de soins
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Ce secteur est très à risque et représente une véritable inégalité d'accès aux soins par la difficulté de trouver le professionnel (aggravation avec la pénurie d'infirmier en plus de médecin et la difficulté de mobiliser un dentiste vers l'EHPAD) et le coût des soins

AXE 2 : LISTE DES OBJECTIFS EHPAD ET SSIAD

Fiche Action N°2.8 Garantir la prise en charge de la douleur (idem pour SSIAD)	
Réfèrent (personne ou institution) : médecin coordonnateur en EHPAD et médecin traitant en SSIAD	
Constat du diagnostic	Le manque de médecin génère des difficultés de prise en charge de la douleur
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Poursuivre l'application des procédures
Description de l'action	En SSIAD optimiser le lien avec le médecin traitant par la mise en œuvre de PAACO Globule
Identification des acteurs à mobiliser	Médecine libérale Infirmier coordonnateur Infirmier libéral
Moyens nécessaires	Déploiement de PACOO (SSIAD)
Calendrier prévisionnel	Fin 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de dépistage réalisés <u>Indicateurs de résultat (impact)</u>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Déployer une culture d'échange d'information, et utilisation de nouvelles technologies

AXE 2 : LISTE DES OBJECTIFS EHPAD ET SSIAD

Fiche Action N°2.9 Assurer l'accompagnement de la fin de vie	
Réfèrent (personne ou institution) : Médecin avec DU soins palliatifs/gériatrie	
Constat du diagnostic	En moyenne sur le CHICRDD, un décès par mois en EHPAD implique la nécessité de garantir le respect des droits des personnes en fin de vie et d'apporter des réponses adaptées en soutenant les professionnels et les proches.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Garantir le respect des droits des personnes Identifier avec le médecin et l'équipe para médicale l'entrée dans le processus de fin de vie pour optimiser l'accompagnement du résident et de la famille
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser la stratégie d'accompagnement de fin de vie dans le projet de service - Soutenir les professionnels, organiser et mobiliser les ressources autour du résident - Informer les résidents et leurs proches sur leurs droits ; recueillir leurs volontés - Repérer les besoins des résidents et évaluer la situation de fin de vie - Assurer confort et bien être
Identification des acteurs à mobiliser	Médecins, familles, résidents, soignants, psychologue, cadres, IDEC, ergo, (kiné)
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Formations - Sensibilisation et informations - Matériel pour confort - Procédures - Projet d'accompagnement de fin de vie
Calendrier prévisionnel	En cours et permanent
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traçabilité recueil des volontés, informations et sensibilisation des familles - Nombre de formations et interventions du psychologue auprès des équipes et des personnes en fin de vie <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Courriers et remerciements des familles - Respect des volontés - Satisfaction des équipes
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Difficultés d'aborder des indicateurs fiables au vu de la situation individuelle et unique de chaque fin de vie.</p> <p>Soutien systématique des soignants par analyse des pratiques même si pas de besoin exprimé</p>

AXE 3 : LISTE DES OBJECTIFS AJ ET HT

Fiche Action N°3.1 Atteindre 80 % d'activité sur 252 jours pour l'AJ et sur 365 jours pour l'HT	
<i>Référent (personne ou institution) : directeur communication</i>	
Constat du diagnostic	Taux d'occupation en 2017
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Communication auprès des services
Description de l'action	<p>Assurer la promotion des services auprès du CD et des acteurs de santé du territoire</p> <p>Information directe au citoyen par des articles presses local</p> <p>Définir un prévisionnel de communication</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Acteurs associatifs</p> <p>Consultations mémoires</p> <p>Professionnels de santé</p> <p>PTA</p>
Moyens nécessaires	<p>Temps humain</p> <p>Support de communication</p>
Calendrier prévisionnel	2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p><u>Nombre de support réalisés</u></p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Taux d'occupation de la structure</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	La promotion d'un tel service est complexe du fait de la méconnaissance de ces structures et du caractère onéreux

AXE 3 : LISTE DES OBJECTIFS AJ ET HT

Fiche Action N°3.2 Fournir un rapport d'activité pour l'AJ et l'HT	
<i>Référent (personne ou institution) : médecin coordonnateur/cadre/psychologue</i>	
Constat du diagnostic	Actuellement le bilan est réalisé par le psychologue et le cadre en l'absence durable de médecin coordonnateur
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Poursuivre la rédaction du rapport d'activité
Description de l'action	Lors de la rédaction améliorer le recueil d'information utile à l'activité et à son amélioration
Identification des acteurs à mobiliser	Cadre Psychologue Médecin coordonnateur selon présence
Moyens nécessaires	Logiciel Dossier patient
Calendrier prévisionnel	En cours
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de bilans annuels réalisés <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Bilans annuels réalisés
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Informatiser le dossier patient Utilisation de PAACO

AXE 3 : LISTE DES OBJECTIFS AJ ET HT

Fiche Action N°3.3 Sorties d'hospitalisation en lien avec l'HT	
<i>Référent (personne ou institution) : direction/coordinateur général des soins</i>	
Constat du diagnostic	La sortie d'hospitalisation peut s'avérer complexe à mettre en œuvre du fait de l'indisponibilité de ressources immédiates ou de crainte de la personne ou de son entourage
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Sécuriser la sortie d'hospitalisation par une étape intermédiaire en hébergement temporaire Construire le projet de vie de la personne à la suite de l'accident de la vie
Description de l'action	Proposer l'hébergement temporaire si nécessaire et de façon subsidiaire et dans le cadre d'un contrat avec la personne Rédiger le projet de vie Organiser la sortie
Identification des acteurs à mobiliser	La personne accueillie Médecin (diagnostic) Assistante sociale Equipe pluridisciplinaire
Moyens nécessaires	Places
Calendrier prévisionnel	2019 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Projet écrit <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de places occupées pour des sorties d'hospitalisation
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	La solution ne doit pas se transformer en hébergement permanent Mobilisation rapide des équipes pour définir le sens de cette orientation Lutter contre la dépendance nosocomiale

AXE 3 : LISTE DES OBJECTIFS AJ ET HT

Fiche Action N°3.4 Projet AJ itinérant	
<i>Référent (personne ou institution) : C Vian coordonnateur général des soins</i>	
Constat du diagnostic	La couverture du territoire n'est pas totalement assurée, par ailleurs l'accessibilité aux services demande un service de grande proximité
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Ouvrir l'accueil de jour itinérant
Description de l'action	Rédaction du projet Définition des axes opérationnels (locaux, recrutement, organisation des soins...)
Identification des acteurs à mobiliser	ASG Psychologue Cadre et coordonnateur général des soins Médecin (sous réserve de recrutement)
Moyens nécessaires	Locaux, véhicules, moyens humains, plan de communication
Calendrier prévisionnel	A partir de 2019, dès l'obtention de l'autorisation
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Date d'ouverture <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Evolution du taux d'occupation jusqu'à obtention de 80%
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Démarrage de projet complexe f : faire connaître, délai d'obtention de l'APA

AXE 4 : OBJECTIFS SPECIFIQUES DE LA MEYNARDIE

Fiche Action N°4.1	
Valoriser le projet prise en charge de la personne âgée souffrant de troubles psychiques	
Réfèrent (personne ou institution) : C Vian	
Constat du diagnostic	<p>70 % des personnes accueillies présentent des troubles du comportement et s'ajoutent sur La Meynardie des résidents présentant des maladies psychiatriques, nécessitant une prise en charge spécifique.</p> <p>Ce constat est partagé avec l'ARS et des crédits pour le recrutement d'un infirmier ont été fléchés (suite à la validation du PATHOS)</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mise en œuvre du projet de prise en charge spécifique
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser et former les agents - Identifier les troubles psychiques présents dans le service et rédiger un projet de prise en charge adapté à chaque résident - Proposer des activités répondant aux besoins de cette population (unité de vie spécialisée) - Identifier les lieux spécifiques comme la salle SNOZELEN pour apaiser le résident - Utiliser les grilles d'observation spécifiques
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe soignante - Psychologue, psychomotricien, psychiatre - Médecin, Cadre
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Architecture : des locaux adaptés - Mise en place de l'unité de vie spécialisée - Formations
Calendrier prévisionnel	2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'activités proposées par personnes inscrites ou concernées - Nombre de projet personnalisé rédigé - Rapport d'activités <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation importante et régulière aux activités de l'unité de vie spécialisée
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Nécessité d'adapter la prise en charge aux besoins du résident</p> <p>Observer l'évolution des troubles du comportement</p> <p>Observer l'ambiance collective entre EHPAD « normal » et par personnes présentant des troubles reste subjectif</p>

AXE 5 : OBJECTIFS SPECIFIQUES DU FAM

Fiche Action N°5.1	
Objectif 1 : travailler la diversification des modalités d'accueil afin de favoriser notamment le maintien ou le développement de l'autonomie	
Réfèrent (personne ou institution) : Médecin référent FAM/ directeur chargé du secteur handicap	
Constat du diagnostic	Le foyer d'accueil propose de l'hébergement permanent. Cette solution est adaptée pour un certain nombre de personnes mais reste un dispositif trop rigide ne permettant pas de vérifier ou accompagner le potentiel de la personne
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Définir de nouvelles modalités d'accueil et notamment une évolution architecturale permettant de travailler l'autonomie de la personne
Description de l'action	Affiner le projet de service et le soumettre aux instances et aux autorités de tarification Définir un programme architectural évolutif Faire un PPI et le déposer auprès des autorités pour approbation
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin du service Directeur Coordonnateur général des soins Cadre et équipe du service
Moyens nécessaires	Programiste/architecte Copil pluriprofessionnel Projet de service incluant cette évolution
Calendrier prévisionnel	2019 2020 Si réalisation selon validation du PPI 2021 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Projet écrit/ programme réalisé <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Construction finalisée
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Mettre du sens à ce projet Formation des professionnels sur l'inclusion

AXE 5 : OBJECTIFS SPECIFIQUES DU FAM

Fiche Action N°5.2

Objectif 2 : développer les activités en travaillant notamment leur diversification, leur formalisation et leur évaluation

Référent (personne ou institution) : Equipe pluri professionnelle du FAM

Constat du diagnostic	Les activités répondent à des objectifs de développement personnel, de recherche d'autonomie, de concentration, d'acquisitions...Elles sont collectives ou individuelles, à l'initiative des agents.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Proposer des activités adaptées à la personne et répondant à une démarche réflexive avec un suivi de l'atteinte des objectifs visés.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer des grilles d'évaluation du suivi des activités - Rédiger le projet de service incluant les activités - Etablir les besoins du résident en équipe pluri professionnelle et avec le résident - mise en place de référents - Former les agents à de nouvelles activités
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe pluri professionnelle du FAM, médecin - Intervenants extérieurs - D'autres structures FAM
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Investissement pour achat de petits matériels - Formation - Equipe pluri professionnelle
Calendrier prévisionnel	2019 - 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'activités différents - Nombre de grilles d'évaluation et de suivi - Nombre de formations <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de projet personnalisé finalisé - Evolution des grilles de suivi des résidents
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Favoriser autant les activités de plaisir que les activités à visée thérapeutique Projet personnalisé à suivre et à réévaluer Importance de la cohésion d'équipe pour déterminer les projets

AXE 5 : OBJECTIFS SPECIFIQUES DU FAM

Fiche Action N°5.3

Objectif 3 : améliorer la coordination des équipes éducatives et infirmières pour une meilleur prise en charge des résidents

Référent (personne ou institution) : Mme ROLAND

Constat du diagnostic	Les équipes éducatives et infirmières sont complémentaires dans la prise en charge mais la cohésion reste à développer.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Développer une coordination adaptée et pertinente des professionnels de l'éducation et du soin au profit du résident.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de service pluri professionnelle pour évaluer la situation du résident, projet personnalisé - Activités en commun et propres à chaque versant à formaliser - Transmissions pertinentes associant les deux versants du soin - Projet de service
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - IDE - Educateurs - Médecin - Cadre - Psychologue
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions planifiées - Documents de support présentant les deux versants de soin <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de projets personnalisés finalisés - Analyse des pratiques
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Partage des compétences

AXE 5 : OBJECTIFS SPECIFIQUES DU FAM

Fiche Action N°5.4 Objectif 4 : s'inscrire dans la démarche « réponse accompagnée pour tous »	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur chargé du secteur éducatif/médecin du service</i>	
Constat du diagnostic	Nécessité de prendre en compte les besoins et désirs de la personne et de créer les conditions de réalisation
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Définir le projet de service incluant cette dimension à partir de l'évaluation interne
Description de l'action	Evaluation interne Copil pluri disciplinaire pour la définition des orientations Participation aux travaux du département Révision des projets personnalisés
Identification des acteurs à mobiliser	Directeur Médecin Coordonnateur des soins Cadre et équipe pluri professionnelle
Moyens nécessaires	De la méthode Des moyens de déplacement différents de l'accompagnement par les éducateurs Recherche de partenaires associatifs ou autres
Calendrier prévisionnel	2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Projet écrit <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'actions proposées
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Isolement de la structure Rompre définitivement la dimension asilaire Appropriation de ces concepts dans une société sécuritaire qui conduit plutôt à la fermeture qu'à l'ouverture et la liberté

ANNEXE N° 4.2 : 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° 1-1.1 Prévoir une autorisation unique du CHIC RDD avec 3 sites + budget unique	Un seul budget		x						
Fiche action n° 1-1.2 Construire un projet d'établissement global décliné en projet de service spécifique EHPAD, SSIAD, FAM, PASA, AJ, HT	Un seul prix de journée							x	
Fiche action n° 1-1.3 Construire un projet de vie pour chaque résident et le réactualiser si nécessaire	projets rédigés	organisation posée pour chaque axe de travail	x	x					projet institutionnel validé en juillet 2018
Fiche action n° 1-1.4 Poursuivre le développement d'une politique de prévention et de gestion des risques, des crises et des événements indésirables pour une appropriation de cette culture par le personnel	procédure rédigée et validée	100% des projets de vie réalisés	x	x					
Fiche action n° 1-1.5 Harmoniser les pratiques concernant notamment les directives anticipées	nombre de FEI Rapport d'activité des déclarations	augmentation des déclarations	x	x	x	x			
Fiche action n° 1-1.6 HAD et équipe soins palliatifs	procédure rédigée	augmentation du nombre de résidents ayant eu l'information		x	x	x			
	nombre de recours à l'HAD	évolution des demandes	x	x	x	x			

Fiche action n° 1-1.7 Développer une politique de formation adaptée sur 5 ans pour tout le personnel (formation sur définition maltraitance pour le SSIAD)	plan de formation rédigé et validé chaque année	tableau de suivi des personnels formés	x	x	x	x	x	x	
	programmes rédigés								
Fiche action n° 2-2.1 Mettre en place des actions d'animation favorisant la vie sociale	programmation	nombre d'activités faisant appel à l'extérieur ou à l'intérieur	x	x	x	x	x	x	
	nombre d'audit								
Fiche action n° 2-2.2 Circuit du médicament	nombre de CREX médicament	Nombre dde FEI médicament	x	x	x	x	x	x	
	nombre de réunions médicales et para médicales en lien avec l'évaluation interne	rapport annuel rédigé	x	x					
Fiche action n° 2-2.3 Garantir la pertinence du projet de soins, rapport annuel médical à fournir aux médecins (ARS/CD)	réduction des projets de service	nombre d'avenant au projet de soins	x				x		
	réduction trame rapport d'activité								

ARRETE du 22 DEC. 2015

Portant cession de l'autorisation et transfert de gestion du FAM de Saint-Privat-des-Prés (24410) géré par le Centre Hospitalier La Meynardie au profit du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double sis à Ribérac

Le Directeur Général de l'Agence
Régionale de Santé d'Aquitaine

Le Président du Conseil Départemental
de la Dordogne

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment l'article L.312-5-1 relatif au PRIAC, les articles L.313-1 à L.313-9 relatifs aux autorisations, l'article L.312-8 relatif à l'évaluation, les articles R.313-1 à R.313-9 relatifs aux dispositions générales des droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les articles D.313-11 à D.313-14 relatifs aux contrôles de conformité des établissements ;

VU le Code Général des Collectivités Territoriales et en particulier les articles L.3214-1 et L.3221-9 ;

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 le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale d'Aquitaine 2012-2016 ;

VU le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale de la Dordogne 2014-2019 ;

VU l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, en date du 28 janvier 2014, modifiant l'arrêté du 28 janvier 2013 portant adoption du Projet Régional de Santé d'Aquitaine ;

VU le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) de la région Aquitaine pour la période 2014-2018 ;

VU l'arrêté conjoint du 5 novembre 2004 portant autorisation de création d'un FAM à Saint-Privat-des-Prés (24410) géré par le Centre Hospitalier La Meynardie d'une capacité de 30 lits ;

VU la décision n° 2015-82 du 17 juillet 2015 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine portant autorisation de création d'un établissement de santé intercommunal par fusion des centres hospitaliers de Ribérac (24600) Saint Aulaye (24410) la Meynardie à Saint-Privat-des-Prés (24410) ;

VU la demande présentée par le Centre Hospitalier La Meynardie pour la cession de l'autorisation et le transfert de gestion du FAM La Meynardie à Saint-Privat-des-Prés (24410) au profit du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double à Ribérac (24600) ;

VU le dossier transmis à l'appui de cette demande ;

CONSIDERANT que le Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double à Ribérac (24600) présente toutes les garanties techniques, morales et financières de nature à garantir les conditions nécessaires à la gestion du FAM de Saint-Privat-des-Prés (24410) ;

SUR proposition conjointe de la Directrice de la Délégation Territoriale de la Dordogne et du Directeur Départemental des Services du Conseil Départemental de la Dordogne ;

A R R E T E N T

ARTICLE 1er - L'autorisation prévue à l'article L.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles délivrée au Centre Hospitalier La Meynardie est cédée au Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double à Ribérac (24600) pour la gestion du Foyer d'Accueil Médicalisé sis à Saint-Privat-des-Prés (24410) d'une capacité de 30 places à compter du 1^{er} janvier 2016.

ARTICLE 2 – La présente autorisation vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale du département pour la totalité de la capacité autorisée.

ARTICLE 3 - Conformément à l'article L.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, la présente autorisation est accordée pour une durée de 15 ans à compter du 5 novembre 2004. 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 du service, 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 – Ce service est répertorié dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité juridique : Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double

Rue Jean Moulin BP52 24600 Ribérac

N° FINESS : 24 001 605 5

N° SIREN : 200 052 934

Code statut juridique : 14 Etablissement public intercommunal hospitalier

Entité établissement : FAM La Meynardie Foyer d'Accueil Médicalisé

Saint-Privat-des-Prés (24410)

N° FINESS : 24 001 118 9

Code catégorie : 437 FAM

Discipline		Activité/ Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Autorisée
939	Accueil médicalisé pour adultes handicapés	11	Hébergement complet internat	200	Troubles du caractère et du comportement	30

ARTICLE 6- Dans les deux mois de sa notification ou de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Dordogne et au recueil des actes du Département, le présent arrêté peut faire l'objet soit d'un recours gracieux devant l'autorité compétente, soit d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 7- La Directrice Générale Adjointe de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, la Directrice de la Délégation Territoriale de la Dordogne et le Directeur Départemental des Services du Département sont chargés, chacun en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Dordogne.


Fait à Bordeaux, le 22 DEC 2010

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine



Michel LAFORCADE

Le Président du Conseil départemental



Germain PEIRO

ARRETE du 10 AVR. 2018

N° SPAE - 18 - 112

actant le renouvellement d'autorisation de
l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées
Dépendantes (EHPAD) sis Ribérac
CHIC sis Ribérac Dronne Double
rue Jean Moulin BP 52
24600 RIBERAC

Le Directeur général de l'Agence régionale de
santé Nouvelle-Aquitaine

Le Président du Conseil départemental de
la Dordogne

VU le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-8 et D. 312-197 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° 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° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ;

VU la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

VU l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les Agences régionales de santé (ARS) et les Unions régionales de professionnels de santé (URPS) à la nouvelle délimitation des régions ;

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des ARS ;

VU le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les ARS à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des URPS regroupant les infirmiers ;

VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de M. Michel LAFORCADE en qualité de Directeur général de l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes ;

VU le décret n° 2016-1267 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Nouvelle-Aquitaine ;

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 2014-2019 ;

VU l'arrêté du 1^{er} mars 2012 modifié de la Directrice générale de l'ARS d'Aquitaine, portant adoption du projet régional de santé d'Aquitaine ;

VU le schéma régional d'organisation médico-sociale du projet régional de santé d'Aquitaine ;

VU le règlement départemental d'aide sociale adopté par délibération n° 14-195 du 31 janvier 2014 ;

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

VU l'arrêté préfectoral n° 871732 du 26 mai 1989 transformant 32 lits de la section hospice de l'hôpital rural de Ribérac en 20 lits de long séjour et lits de maison de retraite, portant la capacité de la maison de retraite à 115 lits dont 60 de section de cure médicale et celle du long séjour à 40 lits ;

VU l'arrêté conjoint de la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et du Président du Conseil général en date du 9 août 2011 portant régularisation de la capacité et de transformation en EHPAD des lits de la maison de retraite de l'hôpital local de Ribérac ;

VU la décision n° 2015-82 du 17 juillet 2015 du Directeur général de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine portant autorisation de création d'un établissement de santé intercommunal par fusion des centres hospitaliers de Ribérac, Saint Aulaye, la Meynardie à Saint Privat des Prés ;

VU l'arrêté conjoint du 22 décembre 2015 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et du Président du Conseil départemental de la Dordogne portant cession et modification de l'autorisation et transfert de gestion au profit du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double à Ribérac (24600) de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Ribérac d'une capacité 142 lits et places dont 130 lits d'hébergement permanent, 6 lits d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour ;

VU le rapport d'évaluation externe de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Ribérac reçu en date du 7 juillet 2014 ;

VU le courrier conjoint du 25 septembre 2015 de la Directrice de la Délégation territoriale de l'ARS et du Président du Conseil départemental de la Dordogne notifiant les observations faisant suite à l'évaluation externe de l'établissement ;

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 ;

SUR proposition conjointe de la Directrice de la Délégation départementale de la Dordogne de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du Directeur général des services du Conseil départemental de la Dordogne ;

ARRETEMENT

ARTICLE 1^{er} : l'autorisation de l'EHPAD de Ribérac, géré par le Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double et enregistré comme suit au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), est renouvelée tacitement pour une durée de 15 ans à compter de sa date d'échéance, soit à compter du 3 janvier 2017.

Entité juridique : Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double

N° FINESS : 240016055

N° SIREN : 200052934

Code statut juridique : 14 Etablissement Public Intercommunal d'Hospitalisation
rue Jean Moulin BP 52 - 24600 RIBERAC

Entité établissement: EHPAD de Ribérac du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double
 N° FINESS : 240007682
 Code catégorie : 500 Capacité : 142
 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 rue Jean Moulin BP 52 - 24600 RIBERAC

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil pour Personnes Agées	21	Accueil de jour	711	Personnes Agées dépendantes	6
924	Accueil pour Personnes Agées	11	Hébergement Complet internat	711	Personnes Agées dépendantes	130
657	Accueil temporaire pour Personnes Agées	11	Hébergement Complet internat	711	Personnes Agées dépendantes	6
961	Pôles d'activité et de soins adaptés	21	Accueil de jour	436	Personnes Alzheimer ou maladies apparentées	-

Mode de tarification : 40 ARS/PCD, Tarif global, habilité aide sociale, recours PUI

ARTICLE 2 : l'EHPAD de Ribérac du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double est autorisé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de ses 130 places d'hébergement permanent. Les 6 places d'accueil de jour et les 6 places d'hébergement temporaires ne sont pas habilitées à l'aide sociale.

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 de l'EHPAD de Ribérac du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double 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 : le présent arrêté sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine et au recueil des actes administratifs du département de la Dordogne.

Dans les deux mois de sa notification ou de sa publication, il pourra faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès du Directeur général de l'ARS et du Président du Conseil départemental,
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent.

Fait à Bordeaux, le

10 AVR. 2018

Le Président du Conseil départemental
de la Dordogne

La Directrice générale adjointe
de l'Agence régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine
Hélène JUNQUA



ARRETE du 10 AVR. 2018

N° SPAE – 18 – 113

actant le renouvellement d'autorisation de
l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées
Dépendantes (EHPAD) du Centre Hospitalier
Chenard sis Saint-Aulaye
CHIC Ribérac Dronne Double
2 rue du Docteur Paul Broquaire BP 13
24410 Saint-Aulaye

Le Directeur général de l'Agence régionale de
santé Nouvelle-Aquitaine

Le Président du Conseil départemental de la
Dordogne

VU le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-8 et D. 312-197 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° 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° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ;

VU la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

VU l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les Agences régionales de santé (ARS) et les Unions régionales de professionnels de santé (URPS) à la nouvelle délimitation des régions ;

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des ARS ;

VU le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les ARS à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des URPS regroupant les infirmiers ;

VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de M. Michel LAFORCADE en qualité de Directeur général de l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes ;

VU le décret n° 2016-1267 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Nouvelle-Aquitaine ;

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 2014-2019 ;

VU l'arrêté du 1^{er} mars 2012 modifié de la Directrice générale de l'ARS d'Aquitaine, portant adoption du projet régional de santé d'Aquitaine ;

VU le schéma régional d'organisation médico-sociale du projet régional de santé d'Aquitaine ;

VU le règlement départemental d'aide sociale adopté par délibération n°14-195 du 31 janvier 2014 ;

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

VU l'arrêté préfectoral n° 762147 en date du 22 décembre 1976 approuvant le programme de l'hôpital rural de Saint Aulaye comportant 24 lits de long séjour médicalisé pour personnes âgées et 60 lits de maison de retraite ;

VU l'arrêté ministériel du 30 juillet 1991 portant transformation juridique des lits d'hospice de l'Hôpital local de Saint-Aulaye (24410) par création de 20 lits de long séjour et 64 lits de maison de retraite ;

VU la délibération du Conseil d'administration de l'hôpital local Chenard à Saint Aulaye du 14 novembre 1996 portant extension de 15 places de la maison de retraite ;

VU l'arrêté du Préfet et du Président du Conseil Général du 22 juin 2005 portant transformation en EHPAD, par fusion de l'Unité de Soins de Longue Durée et de la Maison de Retraite pour une capacité totale de 103 places ;

VU la décision n° 2015-82 du 17 juillet 2015 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine portant autorisation de création d'un établissement de santé intercommunal par fusion des centres hospitaliers de Ribérac (24600), de Saint Aulaye (24410) et de la Meynardie à Saint-Privat-des-Près (24410) ;

VU l'arrêté conjoint du 22 décembre 2015 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et du Président du Conseil départemental de la Dordogne portant cession et modification de l'autorisation et transfert de gestion au profit du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double à Ribérac (24600) de l'EHPAD du Centre Hospitalier Chenard à Saint Aulaye (24410) d'une capacité 103 lits ;

VU le rapport d'évaluation externe de l'EHPAD du Centre Hospitalier Chenard à Saint Aulaye reçu en date du 7 juillet 2014 ;

VU le courrier conjoint du 24 décembre 2015 de la Directrice de la Délégation territoriale de l'ARS et du Président du Conseil départemental de la Dordogne notifiant les observations faisant suite à l'évaluation externe de l'établissement ;

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 ;

SUR proposition conjointe de la Directrice de la Délégation départementale de la Dordogne de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du Directeur général des services du Conseil départemental de la Dordogne ;

ARRETEMENT

ARTICLE 1^{er} : l'autorisation de l'EHPAD du Centre Hospitalier Chenard à Saint Aulaye, géré par le Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double et enregistré comme suit au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), est renouvelée tacitement pour une durée de 15 ans à compter de sa date d'échéance, soit à compter du 3 janvier 2017.

Entité juridique : Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double

N° FINESS : 240016055

N° SIREN : 200052934

Code statut juridique : 14 Etablissement Public Intercommunal d'Hospitalisation
rue Jean Moulin BP 52 - 24600 RIBERAC

Entité établissement : EHPAD « Chenard » de ST-AULAYE

N° FINESS : 24 000 770 8

N° SIRET : 262 405 830 00023

Code catégorie : 500 capacité : 103

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
2 rue du Docteur Paul Broquaire à Saint-Aulaye (24410)

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil pour Personnes Âgées	11	Hébergement Complet internat	711	Personnes Agées dépendantes	103
961	P.A.S.A.	21	Accueil de Jour	436	Alzheimer, maladies apparentées	-

Mode tarification : 44 ARS/PCD, Tarif partiel, habilité aide sociale, recours PUI

ARTICLE 2 : l'EHPAD Chenard à Saint Aulaye du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double est autorisé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de ses 103 places d'hébergement permanent.

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 de l'EHPAD Chenard à Saint Aulaye du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double 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 : le présent arrêté sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine et au recueil des actes administratifs du département de la Dordogne.

Dans les deux mois de sa notification ou de sa publication, il pourra faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès du Directeur général de l'ARS et du Président du Conseil départemental,
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent.

Fait à Bordeaux, le

10 AVR. 2018.

Le Président du Conseil départemental
de la Dordogne

La Directrice adjointe
de l'Agence régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Héliène JUNQUA



ARRÊTÉ du 22 DEC. 2015

Portant cession de l'autorisation de l'EHPAD La Meynardie sis à Saint-Privat-des-Près (24410) et transfert de gestion au profit du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double sis à Ribérac

Le Directeur Général de l'Agence
Régionale de Santé d'Aquitaine

Le Président du Conseil Départemental
de la Dordogne

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment l'article L.312-5.1 relatif au PRIAC, les articles L.313-1 à L.313-9 relatifs aux autorisations, l'article L.312-8 relatif à l'évaluation, les articles R.313-1 à R.313-10 relatifs aux dispositions générales des droits et obligations des établissements sociaux et médico-sociaux et les articles D.313-11 à D.313-14 relatifs aux contrôles de conformité des établissements ;

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 le Code Général des Collectivités Territoriales et en particulier les articles L.3214-1 et L.3221-9 ;

VU l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale aux établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

VU le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale d'Aquitaine 2012-2016 ;

VU le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale de la Dordogne 2014-2019 ;

VU le Règlement Départemental d'Aide Sociale ;

VU l'arrêté conjoint de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et du Président du Conseil Général de la Dordogne en date du 1^{er} janvier 2012 portant création de 60 lits d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes au Centre Hospitalier La Meynardie par transfert de 60 lits d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes du Centre Hospitalier de Périgueux ;

VU la décision n° 2015-82 du 17 juillet 2015 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine portant autorisation de création d'un établissement de santé intercommunal par fusion des centres hospitaliers de Ribérac, Saint Aulaye et de la Meynardie à Saint Privat des Près ;

VU la demande présentée par le Centre Hospitalier La Meynardie pour la cession de l'autorisation et le transfert de gestion de l'EHPAD La Meynardie sis à Saint-Privat-des-Près (24410) au profit du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double sis à Ribérac ;

VU le dossier transmis à l'appui de cette demande ;

CONSIDÉRANT que la demande de transfert d'autorisation et de gestion susvisée apporte toutes les garanties attendues, à la fois en matière de qualité de prise en charge des résidents et de fonctionnement de l'EHPAD La Meynardie sis à Saint-Privat-des-Près (24410) ;

SUR proposition conjointe de la Directrice de la Délégation Territoriale de la Dordogne de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et du Directeur général des services du Conseil départemental de la Dordogne ;

ARRETENT

ARTICLE PREMIER – L'autorisation prévue à l'article L.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles délivrée au Centre Hospitalier La Meynardie est transférée au Centre Hospitalier intercommunal Ribérac Dronne Double sis à Ribérac (24600) pour la gestion de l'EHPAD La Meynardie sis à Saint-Privat-des-Prés (24410) d'une capacité de 60 lits d'hébergement permanent à compter du 1^{er} janvier 2016. L'exploitation des 60 lits d'hébergement permanent ci-dessus désignés s'entend, in situ, à Saint-Privat-des-Prés (24410) ;

ARTICLE 2 – L'autorisation vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale du Département pour la totalité de la capacité.

ARTICLE 3 – Conformément à l'article L.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, cette autorisation est accordée pour une durée de 15 ans à compter du 1^{er} janvier 2012. Son renouvellement sera subordonné aux résultats de deux évaluations externes mentionnées à l'article D 312-205 du Code de l'Action Sociale et des Familles, la première au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la deuxième au plus tard 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.

ARTICLE 5 – Cet établissement est répertorié dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité juridique : Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double
Rue Jean Moulin BP52 24600 Ribérac

N° FINESS : 24 001 605 5
N° SIREN : 200 052 934

Code statut juridique : 14 Etablissement public intercommunal hospitalier

Entité établissement : EHPAD La Meynardie
Saint-Privat-des-Prés (24410)
N° FINESS : 24 001 513 1

Code catégorie : 500 – Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Code Mode de fixation des tarifs : 40 ARS tarif global habilité à l'aide sociale recours à une pharmacie à usage intérieur

Discipline		Activité/ Fonctionnement		Clientèle		Capacité	
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Autorisée	dont habilitée à l'Aide Sociale
<i>Hébergement permanent personnes âgées dépendantes</i>							
924	Accueil pour personnes âgées	11	Hébergement Complet	711	Personnes Agées Dépendantes	60	60

ARTICLE 6 - Dans les deux mois de sa notification ou de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Dordogne et au recueil des actes administratifs du Département, le présent arrêté peut faire l'objet soit d'un recours gracieux devant les autorités compétentes, soit d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent.


ARTICLE 7 - La Directrice Générale Adjointe de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, la Directrice de la Délégation Territoriale de la Dordogne et le Directeur Départemental 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 la Dordogne.

Fait à Bordeaux, le 22 DEC. 2015

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,


Michel LAFORCADE

Le Président du Conseil départemental
de la Dordogne


Germain PEIRO

ANNEXE N°5 – BUDGET BASE ZERO DU BUDGET HEBERGEMENT DU FAM LA MEYNARDIE

Charges / Recettes	BE 2018	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	108 831	108 831	0	0,00%
Charges groupe II	1 059 847	1 059 847	0	0,00%
Charges groupe III	159 806	159 806	0	0,00%
Total classe 6	1 328 483	1 328 483	0	
Recettes groupe I	1 320 443	1 320 443	0	0,00%
Recettes groupe II	8 040	8 040	0	
Recettes groupe III	0	0	0	
Total classe 7	1 328 483	1 328 483	0	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...				
Résultat N-2				
dépenses non reconductibles			0	
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	1 320 443	1 320 443	0	0,00%
Activité en jours	10 767	10 767		
Prix de journée	122,64	122,64	0,00	0,00%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	1 320 443	1 320 443	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	122,64	122,64	0,00	0,00%

5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

5.1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / Recommandations proposées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une démarche participative en accord avec la recommandation de l'Anesm ▪ L'utilisation d'un référentiel prenant en compte les quatre volets de l'Anesm ▪ Le pilotage de la démarche par un Copil ▪ L'implication de l'ensemble des professionnels de l'Ehpad ▪ L'association des résidents et familles à la démarche (participation de résidents et familles aux groupes de travail, présentation et discussion en CVS) ▪ La communication des résultats à l'ensemble des parties prenantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence d'association de bénévoles et partenaires à la démarche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les partenaires et les bénévoles à certains axes d'amélioration
Contribution de l'évaluation interne à la dynamique d'amélioration de la qualité de l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La permanence des soins et le partenariat avec les spécialistes de proximité ▪ La bienveillance et le déploiement de la méthode de l'Humanitude ▪ Le processus d'admission 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un plan d'actions qualité ardu dans sa compréhension 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplifier par des graphiques et fiches actions le plan actuel pour une meilleure lisibilité de l'ensemble des acteurs

<p>Actions mises en œuvre pour faire vivre la démarche qualité dans l'établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La pérennisation du Copil et l'organisation de réunion régulière ▪ L'existence d'un service qualité en charge du suivi de la démarche ▪ La lettre qualité tous les deux mois ▪ Les présentations deux fois par an aux nouveaux agents ▪ Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations par le service Qualité et la procédure des griefs ▪ L'existence d'une gestion documentaire bien structurée ▪ L'intégration de l'Ehpad au CREX du Centre Hospitalier ▪ L'acquisition du logiciel ENNOV 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'instance en charge du suivi de la démarche d'amélioration Copil ne comprend pas de représentants des résidents et familles ; ▪ L'insuffisance de visualisation des professionnels de l'ensemble de la démarche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer une représentativité des résidents/familles lors des temps de suivi de la démarche qualité ▪ Maintenir la communication régulière sur la démarche qualité (réalisations, résultats, objectifs, etc...) auprès des équipes : point lors des réunions, diffusion de documents de synthèse, envisager des bornes qualité, panneau qualité
---	---	---	---

5.2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm

Items	Forces	Faiblesse	Propositions / recommandations proposées par l'évaluateur externe
<p>Efficacité de l'appropriation des recommandations par tous les acteurs de l'établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intégration de plusieurs recommandations dans le référentiel utilisé pour l'évaluation interne ▪ La mise à disposition des recommandations dans le système documentaire de l'Ehpad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une appropriation encore insuffisante par l'ensemble des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communiquer régulièrement sur les RBPP de l'Anesm et poursuivre leur mobilisation dès que nécessaire ▪ Structurer des temps d'appropriation et de mise en lien avec les pratiques professionnelles

<p>Prise en compte dans les modalités de management de la recommandation sur la prévention de la maltraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence de mesures permettant de prévenir l'usure professionnelle : conditions de travail, entretiens annuels avec la hiérarchie, formation à la méthode de l'Humanitude... ▪ La reconnaissance et la promotion par ressources des professionnels notamment par l'organisation des entretiens annuels d'évaluation ▪ L'existence d'outils de recueil et traitement des événements indésirables ▪ L'affichage du 3977 ▪ Une procédure de signalement de la maltraitance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de dispositif régulier d'analyse des pratiques / groupes de parole avec un intervenant extérieur ▪ L'insuffisance de prise en compte de la recommandation de l'Anesm 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre œuvre une analyse de pratique assurée par un intervenant extérieur ▪ Revisiter la recommandation de l'Anesm concernant la prévention de la maltraitance
---	--	---	---

5.3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Recommandations / Actions dans le processus de l'établissement / Le Centre Hospitalier de Ribérac
<p>Démarche d'élaboration du projet</p>	<p>Elaboration, révision et cohérence du projet d'établissement ou de service</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un projet élaboré selon une démarche participative, avec les professionnels pour l'ensemble du Centre Hospitalier Local ▪ Un projet en correspondance avec les obligations légales (CASF et recommandations de l'Anesm) ▪ Le projet est mis à disposition des résidents et des familles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La difficulté de repérage des spécificités de l'Ehpad ▪ L'absence d'association des résidents, familles, bénévoles et partenaires ▪ L'absence de synthèse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer le projet de l'Ehpad en s'appuyant sur la recommandation de l'Anesm et en associant à différents moments les résidents, familles, bénévoles et partenaires ▪ Elaborer une synthèse du projet (prochain) afin de faciliter sa connaissance
<p>Pilotage et suivi du projet</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une appropriation parcelaire par les professionnels, inexistante pour les résidents et les familles ▪ Une absence de suivi pour l'Ehpad due à l'absence de partie dédiée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Après élaboration du projet de service, organiser les modalités de suivi des actions d'amélioration en lien avec le Copil ▪ Communiquer sur le document auprès de l'ensemble des acteurs de l'Ehpad

Cohérence des orientations stratégiques

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ un projet cohérent avec les besoins du territoire et répondant aux politiques publiques ▪ une diversification d'accueil : permanent, temporaire, accueil de jour ▪ l'existence d'unités sécurisées ▪ une liste d'attente ▪ un projet de PASA ▪ une localisation pertinente en centre-ville 		
<p>Qualité d'accompagnement</p>	<p><u>Cadre de vie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un projet architectural complet permettant un accueil de qualité des personnes ▪ les locaux sont apparus correctement entretenus ▪ Un entretien du linge satisfaisant ▪ Une restauration adaptée aux goûts et attentes des résidents, réactive <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les missions du médecin coordonnateur sont majoritairement remplies ▪ l'existence d'une cadre de santé et d'une infirmière coordinatrice ▪ Des équipes qualifiées et formées ▪ Un accompagnement psychologique qui s'intéresse à l'ensemble des acteurs de l'Ehpad et de l'accueil de jour ▪ Les missions de diagnostic de la psychologue : MIMS, autres tests diagnostiques des maladies cognitives ▪ Une prise en charge structurée et formalisée : soin individualisé, plans de soins, nombreux protocoles encadrant la pratique des soignants, traçabilité des soins (habitudes de 	<p><u>Cadre de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La vétusté des locaux et leur peu d'adaptation aux besoins des résidents ▪ L'absence de régularité de nettoyage des chambres par manque de remplacement du personnel ▪ l'absence de chariot de ménage spécifique aux agents de ménage <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le temps dédié au médecin coordonnateur est légèrement inférieur au décret ▪ quelques missions doivent être soutenues : formation des professionnels, commission gériatrique, participation aux transmissions ▪ quelques protocoles devant être finalisés ▪ pour l'autonomie, un point de vigilance existe sur l'utilisation des fauteuils roulants ▪ la population accueillie dans l'unité sécurité ne correspond pas à sa vocation 	<p><u>Cadre de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mener une réflexion sur la fonction ménage et les possibilités de remplacement afin d'augmenter la régularité du nettoyage des chambres ▪ Préparer un chariot spécifique pour les aides-soignants et ASH en absence des agents de ménage <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compléter le temps de présence du médecin coordonnateur ▪ Compléter les missions du médecin coordonnateur notamment sur la formation des professionnels (lors de transmissions par exemple) ▪ Elaborer le protocole de fin de vie ▪ Finaliser l'actualisation du protocole de contention ▪ Travailler un protocole autour de la proposition de fauteuil roulant au résident : raisons, temps prévu, évaluation... ▪ Retravailler les orientations en unité sécurité le projet architectural terminé ▪ remobiliser les professionnels autour des échelles d'évaluation de la douleur :

	<p>vie, fiches de suivi des soins, des pesées, hydratation,...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'Ehpad a le souci du rythme des résidents ▪ La formation à l'humanité ▪ Une prise en charge axée sur le maintien voire le développement de l'autonomie ▪ La bonne prise en compte des thématiques de soins spécifiques aux Ehpad : fin de vie, douleur, désorientation, dénutrition, chutes, escarres, déshydratation... ▪ Des discours, postures et pratiques professionnelles respectueuses des résidents et bienveillantes ▪ La bonne organisation des transmissions (orales et écrites) ▪ l'existence d'un logiciel de dossier : Osiris <p>Pour l'accueil de jour</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les missions de l'accueil de jour sont réalisées : en lien avec les bonnes pratiques attendues : bénéficiaires faisant l'objet d'un diagnostic, activités de soutien de l'autonomie régulières, soutien aux familles... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La sous-utilisation des échelles d'évaluation de la douleur ▪ l'absence de bilan annuel des chutes ▪ la faiblesse des temps de réunions (Ehpad et accueil de jour) <p>Pour l'accueil de jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de projet formalisé spécifique à l'accueil de jour ▪ L'insuffisance d'activités à l'extérieur ▪ la non systématisation de la grille de Zarit ▪ l'absence de projet personnalisé 	<p>intervention du médecin coordonnateur, travail en petits groupes sur l'utilité et le remplissage...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyser annuellement le bilan des chutes et intégrer les éventuelles actions correctives au PAQ ▪ Travailler l'organisation afin de dégager des temps nécessaires à une bonne coordination : temps du projet personnalisé, adaptation des accompagnements, organisation... <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser un projet spécifique pour l'accueil de jour incluant les modalités d'admission et de sortie ▪ Développer l'accès aux sorties extérieures y compris en lien avec l'Ehpad ▪ Systématiser la grille de Zarit en la présentant aux aidants familiaux à l'admission ▪ Réaliser pour l'ensemble des bénéficiaires un projet personnalisé en s'appuyant sur la recommandation de l'Anesm
--	--	---	---

	<p><u>Vie sociale et culturelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une offre d'animation riche et diversifiée ▪ Des animations collectives, semi collectives et individuelles ▪ Des animations structurées et organisées ▪ Une équipe (sur l'ensemble des unités) d'animation dynamique soutenue par des bénévoles ▪ La disponibilité et l'implication des professionnels ▪ Des sorties régulières ▪ des projets intergénérationnels ▪ des partenariats diversifiés 	<p><u>Vie sociale et culturelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de projet d'animation global ▪ élaboré ▪ L'absence de résidents à la commission animation ▪ l'insuffisance de temps de partage entre les résidents des unités 1-2-3 et 4-5 ▪ l'absence d'activités le matin 	<p><u>Vie sociale et culturelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer un projet global d'animation pour les 5 unités ▪ Intégrer des résidents à la commission d'animation ▪ favoriser lors de quelques activités, la participation des résidents des différentes unités ▪ Proposer régulièrement en fin de matinée quelques temps d'activités
Ressources humaines et matérielles			
<p>Développement des compétences et de la stabilité du personnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un ratio d'encadrement légèrement supérieur à la moyenne nationale ▪ Une Plan de formation structuré en lien avec les souhaits des personnels, les besoins des structures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	
<p>Satisfaction globale des usagers, familles et partenaires sur l'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une bonne satisfaction globale des résidents, familles, et partenaires sur l'accompagnement ▪ Des résidents et des familles qui soulignent le professionnalisme des équipes et leur bienveillance ▪ Des partenaires qui ont une image de l'Ehpad 		

5.4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Liens	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<p>Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale</p>	<p>Continuité, coordination, cohérence des interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un établissement bien situé en proximité du centre-ville (Ehpad et accueil de jour) ▪ Une collaboration de qualité avec le Centre Hospitalier ▪ Des collaborations avec les acteurs de proximité du secteur sanitaire, social et médico-social qui répondent aux besoins et attentes des personnes accompagnées (CMP, psychogéronte...) ▪ Les actions organisées à l'extérieur pour maintenir la vie sociale des résidents (sorties culturelles et de loisirs, écoles, fêtes de village...) ▪ La mobilisation d'intervenants extérieurs au sein de l'établissement (bénévoles, maître d'armes, gymnastique...) ▪ L'accueil régulier de nombreux stagiaires ▪ Des collaborations actualisées en fonction des besoins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'insuffisance de liens avec l'extérieur pour l'accueil de jour 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amplifier les activités en lien avec l'extérieur permettant d'utiliser l'argent, les conventions sociales

5.5. La personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	FAIBLESSES	Propositions / recommandations / propositions de l'évaluateur externe
Accompagnement et soins			
Elaboration, rédaction et actualisation du projet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> Un engagement dans la démarche qui se concrétise par la réalisation de quelques projets dans le sens de la recommandation de l'Anesm Un recueil systématique des habitudes de vie, l'a prise en compte du choix des résidents dans leur accompagnement Des transmissions quotidiennes et pluridisciplinaires permettant d'adapter l'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> L'absence de projet personnalisé au sens de l'Anesm pour l'ensemble des résidents L'absence de restitution formalisée au résident et éventuellement à son représentant légal la complexité de l'outil 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place l'ensemble de la démarche de projet personnalisé en lien avec la recommandation de l'Anesm Porter vigilance à la co-construction du projet avec le résident et/ou sa famille Evaluer l'outil après quelques projets réalisés et l'adapter à la réalité de terrain
Fin d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> Une attention et une disponibilité des équipes renforcées lors de l'accompagnement à la fin de vie (information des familles 24/24, etc.) L'adossement au Centre Hospitalier Le partenariat avec Pallia24 Une IDE possédant un DU soins palliatifs 	<ul style="list-style-type: none"> L'insuffisance de recueil des directives anticipées et de la personne de confiance Tous les professionnels ne sont pas formés à l'accompagnement de fin de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser systématiquement la recherche des directives anticipées et de la personne de confiance Renforcer la formation des professionnels en matière d'accompagnement de fin de vie
Processus d'admission et d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> Un processus d'admission et d'accueil formalisé, respectueux du rythme des résidents et de leur famille pour l'Ehpad et l'accueil de jour L'existence d'une commission d'admission La visite des locaux la visite de l'IDE coordinatrice à domicile pour l'accueil de jour l'accueil personnalisé par un agent du service La recherche du consentement par le médecin coordonnateur et les cadres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> l'absence de traçabilité de la recherche du consentement à l'admission 	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser dans la procédure d'admission, le consentement du résident

5.6. L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/recommandations proposées par l'évaluateur externe
Conseil de la vie sociale et autres formes de participation			
Effectivité des instances participatives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un CVS effectif à l'Ehpad qui se réunit très régulièrement ▪ La Présidence est confiée à une résidente ▪ Des comptes rendus élaborés et affichés ▪ Le CVS remplit son rôle d'échanges et d'informations ▪ Un travail de préparation avec l'animatrice ▪ L'existence de boîtes à idées à plusieurs endroits de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une sous représentativité des résidents ▪ Le quorum résidents/familles est inférieur à 50 % ▪ L'insuffisance d'utilisation des boîtes à idées ▪ L'absence d'enquêtes de satisfaction régulière ▪ L'absence d'intégration des résidents à la commission des repas (en projet) ▪ L'absence de participation des résidents à la commission éthique ▪ L'absence de modalités alternatives au CVS à l'accueil de jour 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer une représentativité plus importante des résidents ▪ Porter vigilance à la parité entre collège résidents/familles et représentants de l'établissement ▪ Envisager la formation des élus ▪ Organiser le soutien des familles pour la préparation du CVS ▪ Remobiliser les résidents, les familles (et les professionnels) autour de la boîte à idées – En faire une information régulière ▪ Proposer régulièrement (1 à 2 ans) une enquête de satisfaction – Communiquer sur les résultats auprès des résidents et des familles ▪ Mener à terme le projet d'association des repas à la commission des repas ▪ Associer régulièrement quelques résidents à la commission éthique ▪ Travailler l'expression collective pour l'accueil de jour (alternative au CVS) : groupe d'expression, enquêtes de satisfaction...
Gestion des plaintes et des réclamations			
Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La procédure de griefs 		

5.7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Iens	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations proposées par l'évaluateur externe
<p>Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits</p>	<p>Respect de la dignité, de l'intimité et des informations relatives à l'utilisateur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un livret d'accueil est élaboré pour l'ensemble du Centre Hospitalier et une plaquette de présentation pour l'accueil de jour ▪ L'existence d'un règlement de fonctionnement pour l'Ehpad ▪ La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée à l'Ehpad et à l'accueil de jour ▪ Le contrat de séjour est signé dans les délais réglementaires (Ehpad et accueil de jour) ▪ le droit à l'information (Ehpad et accueil de jour) est développé : rencontre avec les professionnels, outils de la loi 2002-2, panneaux d'affichages... ▪ Le droit à l'autonomie est un point fort de l'Ehpad : pendant les repas (manger main, outils spécifiques, présentations diversifiées) circulation dans les locaux de l'Ehpad et du Centre Hospitalier, temps de vie quotidienne, kinésithérapie... Il en est de même pour l'accueil de jour : participation à la mise de table et débarrassage, activités... ▪ Le droit à la vie affective et sexuelle fait l'objet d'une démarche structurée ▪ Une bonne association des familles et proches à la vie de l'Ehpad et de l'accueil de jour – Le soutien apporté à ces derniers ▪ le droit à la citoyenneté fait l'objet d'actions spécifiques : affichage des dates d'élections, aide pour aller voter ou faire procuration 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de livret d'accueil spécifique pour l'Ehpad (en cours) ▪ Des éléments manquants dans le règlement de fonctionnement de l'Ehpad ▪ L'absence de règlement de fonctionnement pour l'accueil de jour ▪ L'absence d'avenant au contrat de séjour ▪ L'absence de procédure et d'autorisation pour le droit à l'image ▪ l'absence de projet autour de la citoyenneté à l'accueil de jour 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finaliser le livret d'accueil pour l'Ehpad et le mettre à disposition des résidents et familles ▪ Actualiser le règlement de fonctionnement au regard du décret le concernant ▪ Elaborer le règlement de fonctionnement de l'accueil de jour ▪ Elaborer et faire signer les avenants au contrat de séjour (en lien avec les projets personnalisés) ▪ Maintenir et amplifier le travail mené autour de la vie affective et sexuelle, notamment pour les personnes atteintes de troubles cognitifs – l'inscrire au règlement de fonctionnement ▪ Elaborer une procédure de droit à l'image et faire signer les autorisations (Ehpad et accueil de jour) ▪ Travailler le droit à la citoyenneté à l'accueil de jour autour des élections, des actions citoyennes (association humanitaire, écologie...)

<p>Actions entreprises pour assurer le respect de la vie privée, la dignité et la liberté d'aller et venir</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des postures, discours, et pratiques des professionnels adaptés qui favorisent le respect de la dignité et la vie privée de la personne (respect de l'espace privatif, soins réalisés en chambre à l'abri des regards, courrier personnel,...) ▪ Les résidents autonomes disposent d'une pleine liberté d'aller et venir à l'intérieur comme à l'extérieur du bâtiment ▪ L'unité sécurisée possède un jardin clos ▪ Les mesures de limitation sont évoquées de façon pluridisciplinaire, et font l'objet d'une prescription médicale systématique ▪ Des alternatives à la contention sont systématiquement recherchées ▪ Les professionnels ont été formés à la technique de l'humanité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'accès aux échanges initiés dans les salles de bain collectives ▪ L'insuffisance de sécurisation dans l'enceinte du Centre Hospitalier pour les personnes désorientées ▪ Les locaux ne favorisent pas le respect de l'intimité ▪ L'actualisation du protocole de contention ▪ L'accès immédiat de l'accueil de jour sur la route 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finaliser l'actualisation du protocole de contention ▪ Mettre en place une fiche de suivi de contention ▪ Porter vigilance aux propos échangés dans les salles de bain collectives accessibles aux personnes passant dans les couloirs ▪ Envisager dans le cadre du projet architectural une enceinte sécurisée autour de l'Ehpad ainsi que pour l'accueil de jour
<p>Prévention et gestion des risques</p>			
<p>Sécurité des lieux et des personnes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des installations aux normes d'hygiène et de sécurité, des documents obligatoires à jour et disponibles y compris sur informatique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de suivi et de traçabilité de la matériovigilance ▪ les exercices d'évacuation ne sont pas effectués deux fois par an de jour 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer annuellement un contrôle des matériels (lits électriques, verticalisateur...) – en conserver une trace ▪ Mettre en œuvre bi-annuellement les exercices d'évacuation
<p>Politique globale de prévention et de gestion des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation, des opérations de maintenance rigoureusement suivies par le service sécurité/maintenance ▪ Une astreinte cadre et maintenance effective ▪ L'existence de temps de transmissions (jour/jour, jour/nuit, nuit/jour) ▪ Une veille de nuit structurée, cadrée et efficace : consignes et procédures formalisées, professionnels formés 		

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un circuit du médicament sécurisé (PUI) ▪ Un processus effectif de signalement et de traitement des événements dits indésirables 		
<p>Prévention des risques professionnels et santé au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un CHSCT en place fonctionnant dans le cadre réglementaire ▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnels : entretiens professionnels, rotation des équipes mobilité interne, dispositif de formation, disponibilité de la psychologue de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence d'analyse de pratiques avec un intervenant extérieur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques avec un intervenant extérieur
<p>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une culture de la bientraitance au cœur de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement ▪ Une organisation favorisant le bien-être au travail et les échanges avec les familles ▪ l'existence d'un comité éthique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de formalisation d'une politique de prévention du risque maltraitance ▪ l'absence de traitement de cette thématique dans le règlement de fonctionnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place une politique formalisée du risque maltraitance : formation de l'encadrement et des professionnels, cartographie des risques... aborder la thématique de la maltraitance dans le règlement de fonctionnement – y indiquer le numéro 3977

5.9. L'appréciation globale de l'évaluateur externe

La mission souligne la qualité des échanges tant avec l'encadrement (Directrice, cadre supérieur de santé, cadres) ou les professionnels de terrain. Elle a pu noter l'implication importante de l'ensemble des professionnels de l'Ehpad et de l'accueil de jour ainsi que de son encadrement pour une qualité de vie des résidents et bénéficiaires. La visite sur site a été facilitée par un accueil ouvert tant de la structure elle-même que des résidents qui ont bien voulu donner accès à leur lieu de vie. Les membres de la mission ont pu accéder à l'ensemble des éléments leur permettant de réaliser l'évaluation externe en conformité avec les exigences réglementaires et de bonnes pratiques.

Le bilan de l'évaluation est positif. L'Ehpad accompagne les personnes âgées accueillies en tenant compte des missions gériatologiques qui lui sont dédiées. La garantie des droits est effective, les pratiques professionnelles de qualité et bienveillantes. L'inclusion dans la cité, le maintien dans la vie de la société et les activités sont un point fort. La pluridisciplinarité est en place au bénéfice des résidents et de leur famille. Les relations entre les différents secteurs professionnels sont de qualité et contribuent à un bon climat auprès des résidents. L'accueil de jour remplit ses missions de maintien des capacités ainsi que de soutien aux aidants.

La dynamique qualité est engagée et le soutien par des professionnels dédiés est un point fort. L'effort de communication et d'explication doit être maintenu afin d'entraîner l'ensemble des professionnels dans le mouvement engagé.

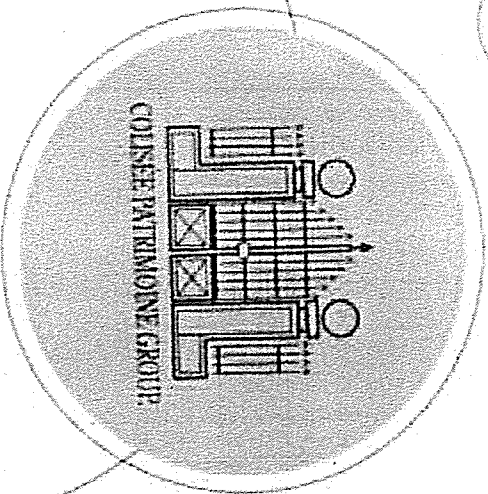
La dynamique d'ouverture vers l'extérieur et de partenariat est réelle et mérite d'être soulignée.

Les projets d'établissement et de service (Ehpad et accueil de jour) en projet d'écriture viendront renforcer une dynamique déjà qualitative. Le projet architectural viendra répondre aux difficultés actuellement rencontrées par les résidents et les professionnels en termes d'intimité, d'organisation et de réponse aux besoins d'une population plus dépendante.

- qualité des échanges
- implicat° des professionnels Ehpad + AJ
- missions gériatologiques appréhendées ds le cadre de la prise en charge
- ouverture vers l'extérieur, partenariat dynamique ++
- PEPS ^{Ehpad et AJ} en cours d'écriture aura pr effet de renforcer les pts forts existants à ce jour

5.10. Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>L'évaluation externe s'est déroulée dans des conditions optimales permettant un véritable échange. L'attitude bienveillante des évaluateurs a permis des échanges vrais, faisant de cette évaluation un outil de travail pour poursuivre la dynamique engagée</p>	<p>La direction partage les recommandations. Il me semble par contre important de noter qu'un plan d'amélioration existait, mais il convient de le réactualiser au regard des résultats de l'évaluation externe et interne</p>



5 avenue des Quarante Jours
CS 50037 BORDEAUX Cedex
Tél : 05 56 112 112 - Fax : 05 56 112 110
www.conseil-patrimoine.com

ABREGE DU RAPPORT
Evaluation Externe

EHPAD du CH CHENARD
Rue du Docteur Broquaire
24410 SAINT-AULAYE

1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation interne pilotée par la qualification, réalisée en équipe pluridisciplinaire dans les délais prescrits. 		<ul style="list-style-type: none"> ○ Croiser les objectifs de l'évaluation interne avec ceux issus de l'évaluation externe
<p>Implication des acteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche participative 		<ul style="list-style-type: none"> ○ Intégrer les actions issues de l'évaluation externe, de l'enquête de satisfaction du DUERP dans le Plan Global d'Amélioration et en assurer le pilotage et le suivi en Comité de Pilotage
<p>Elaboration du plan d'amélioration continue de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un plan d'actions a été élaboré à la suite de l'évaluation interne sous la forme d'un échéancier sur 5 ans, avec notion de responsable d'actions 		
<p>Suivi des résultats</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Manque de pilotage des actions issues de l'évaluation interne 	
<p>Démarche d'amélioration continue</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La démarche d'amélioration de la qualité a été engagée • Existence d'un système documentaire papier 	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage de la démarche à définir 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser et formaliser le suivi du plan d'action et de la démarche globale d'amélioration continue de la qualité en équipe pluridisciplinaire. ○ Valider par la Direction le circuit de validation des documents qualité

La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'établissement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/preconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>L'appropriation des RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ La Direction et l'équipe d'encadrement ont identifié les RBPP applicables à l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les RBPP de l'ANESM n'ont pas fait l'objet d'une appropriation par l'ensemble des équipes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Saisir toutes les occasions pour sensibiliser le personnel aux RBPP <ul style="list-style-type: none"> ○ Lors des temps de réunion ○ En lien avec la diffusion d'un nouveau document ○ En groupe de travail ○ Former les agents du service administratif aux exigences de la loi du 2/01/2002 afin de leur donner la possibilité de répondre aux différentes demandes de renseignements
<p>Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les RBPP sont prises en compte lors de l'élaboration ou de l'actualisation des procédures par l'équipe d'encadrement. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 	

2. 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
Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement	Le projet d'établissement est actif (2011-2016) et couvre l'intégralité des problématiques et répond à la réglementation. Il comporte les items projet de vie, projet de soins, projet d'animation et une composante logistique.	Les actions issues du Projet d'établissement ne font pas l'objet d'un suivi en Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> → Assurer le pilotage des actions issues du Projet d'établissement
Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée	* Diversification des modes d'accompagnement : Unité Chenard dédiée aux personnes les plus fragilisées et ouverture du PASA en mars 2014 permettant une prise en soins personnalisée	* Manque de transversalité et de projet commun entre les 3 secteurs	<ul style="list-style-type: none"> → Définir un projet spécifique pour l'Unité Chenard → Reconfigurer le temps de présence du médecin coordonnateur pour éviter la confusion avec son activité de médecin traitant et permettre un travail plus régulier avec les équipes
Mesure des effets de l'accompagnement		* Les effets de l'accompagnement ne sont pas encore tous mesurés à l'aide d'indicateurs, notamment dans le cadre du PASA	<ul style="list-style-type: none"> → Reinterroger l'organisation des infirmières afin d'augmenter le temps de présence et d'encadrer des équipes de l'Unité Chenard
Accompagnement des usagers (accueil, soins, cadre de vie...)	* La continuité des soins est assurée par une équipe dynamique et motivée, et la structuration des équipes permet de mettre en œuvre une prise en soins de qualité.		

3. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Prise en compte des besoins et attentes des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un recueil de données est rempli à l'entrée. - Projet d'animation formalisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Les données relatives à l'animation ne font pas l'objet d'une traçabilité dans le logiciel 	<p>→ Enregistrer les données relatives à l'animation dans le logiciel, afin de faciliter la transversalité</p>
<p>Formalisation du projet personnalisé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un dispositif de projet d'accompagnement personnalisé existe. Il est principalement piloté par la Cadre de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - La procédure de pilotage du PAP n'est pas encore formalisée. - Manque de transversalité entre les différents activités réalisées sur les 3 secteurs (EHPAD/Unité Chevard/PASA) 	<p>→ Formaliser la méthodologie d'élaboration du PAP (recueil des données, acteurs, programmation, évaluation)</p>
<p>Évaluation et actualisation du Projet personnalisé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge des résidents est modifiée à chaque changement de l'état de santé ou du niveau de dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> - Le système d'information ne permet pas une véritable transversalité des données nécessaires, ce qui contraint sa mise en œuvre et son évaluation - Les objectifs ne sont pas déclinés en actions concrètes, mesurables et évaluable. 	<p>→ Décliner les objectifs en actions individualisées relatives à la prise en charge globale du résident (soins, hôtellerie, animation...)</p> <p>→ Mettre en œuvre un dispositif global d'évaluation, par la détermination des effets attendus et la mise en place d'indicateurs de prise en charge et de mesure de l'atteinte des objectifs.</p> <p>→ Homogénéiser l'organisation du travail et les bonnes pratiques professionnelles dans les 3 secteurs</p>

L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grande disponibilité de l'équipe encadrante auprès des familles et des résidents. - Le Conseil de la Vie Sociale fonctionne - Commission des menus mise en place. - Assemblée générale de l'Association - Mysotis permet un recueil des souhaits et attentes en matière d'animation - Réalisation et diffusion du journal interne « LE MYOCHÉ » - Affichage des comptes-rendus. - Enquête de satisfaction réalisée en 2012 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de procédure de gestion des plaintes et réclamations. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des enquêtes de satisfaction régulièrement.

La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et des droits</p> <p>Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les principaux outils de la loi de 2002 sont remis (Charte Personne Agée, Livret d'accueil, Le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, Conseil de la Vie Sociale, personnes qualifiées) Livret d'accueil et tarifs remis et expliqués Des visites de l'établissement sont systématiquement proposées lors de la demande de renseignements Recueil des souhaits et attentes en amont de l'admission 	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour des dossiers des résidents nécessaire en intégrant le contrat de séjour signé par le résident ou son représentant légal Et le Directeur Le consentement du résident ainsi que le recueil de la personne de confiance sont à formaliser L'accueil et l'admission sont très administratives et manquent de transversalité 	<ul style="list-style-type: none"> Engager une réflexion sur le process accueil afin de rendre les parties administratives et techniques plus complémentaires, et décloisonner les services Définir les modalités de recueil des directives anticipées Formaliser la gestion des réclamations et des plaintes et communiquer sur cette gestion auprès de tous

Dispositions mises en place			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des fiches de déclaration d'événements indésirables existent avec une procédure. ▪ Les principaux risques sont identifiés (dénutrition, douleur, escarres, incontinence, chutes, contention...) et font l'objet d'une réflexion d'équipe et d'un protocole ▪ Existence du DARI ▪ Le circuit du médicament est sécurisé et maîtrisé jusqu'à la fin dispensation et administration ▪ Existence d'une PUJ avec des compétences dédiées ▪ Existence d'une Unité Protégée : l'Unité Chenard, dédiée aux personnes les plus fragiles ▪ Ouverture du PASA en mars 2014 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les fiches de déclaration d'événements indésirables ne sont plus analysées ni suivies depuis fin 2013 ▪ Absence de référent par risque ▪ Le DARI ne fait pas l'objet d'un plan spécifique d'amélioration de la qualité ▪ Absence de projet spécifique pour cette Unité ▪ Absence de notion « d'objectifs à visée thérapeutique » conformément au Cahier des charges 	<ul style="list-style-type: none"> → Reprendre la gestion des événements indésirables → Renforcer la participation du Médecin coordonnateur dans la réflexion des principaux risques → Intégrer le plan d'action issu du DARI au plan Global d'Amélioration → La dispensation et l'administration, même s'il s'agit « d'aide dans les actes de la vie quotidienne » doivent être sécurisées par la formalisation d'un protocole et d'une traçabilité quant à l'administration. → Construire un projet spécifique pour le PASA, tout en validant la notion d'objectifs communs et transversaux avec l'EHPAD et l'Unité Chenard. → Mise en conformité de l'organisation et du fonctionnement du PASA avec le Cahier des charges (cf. Plan Alzheimer) 	

<p>Prévention de la maltraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résidents et les familles expriment la qualité des relations et la présence bienveillante de l'ensemble des professionnels ▪ Le psychologue et la Cadre de santé favorisent les échanges sur des situations à risques, au moment des transmissions. ▪ Le plan de formation pluriannuel intègre des actions liées à la prise en charge bienveillante et notamment les formations « GINESTE MARESCOTTI ». <p>Le DUERP a été réalisé en équipe pluridisciplinaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La procédure de signalement des événements indésirables, bien qu'existante, ne fait plus l'objet d'analyse ni de suivi depuis fin 2013 ▪ Les formes d'interpellation des professionnels à destination des résidents sont variables (volontairement, prénom, voire familiarités). <p>Les actions correctives issues du DUERP ne font pas l'objet d'un suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reprendre la gestion des événements indésirables ▪ Intégrer dans le projet personnalisé la réflexion sur les formes d'interpellation, afin de cadrer institutionnellement la problématique. <p>Intégrer les actions issues du DUERP dans le plan Global d'Amélioration</p>
---	--	---	---

L'EHPAD du CH CHENARD est un établissement que l'on peut qualifier de « familial » de par sa localisation géographique dans un milieu rural et la proximité des équipes à l'égard des personnes accueillies, principalement issues du monde agricole.

L'établissement reflète une belle cohésion d'équipe et la volonté de mettre en œuvre un accompagnement personnalisé, en assurant le meilleur confort matériel et psychologique, dans le respect de la liberté et de la volonté de la personne accueillie, pour assurer son bien-être au quotidien.

La diversification des modes d'accompagnement (Unité Protégée, PASA) traduit la volonté de l'établissement de personnaliser la prise en charge et d'offrir des prestations adaptées aux nouveaux besoins des personnes accueillies.

L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement est portée entre autre par une équipe d'animatrices dynamique et motivée qui travaille en étroite collaboration avec les différents partenaires extérieurs et les bénévoles locaux.

La qualité de prise en charge des résidents est impulsée par des professionnels impliqués, centrés sur la satisfaction des besoins des résidents. La formalisation des procédures et protocoles permet d'en garantir la permanence et l'harmonisation.

Les initiatives individuelles sont nombreuses, tous services confondus, et nécessitent aujourd'hui d'être partagées et valorisées, via le pilotage du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité, en intégrant la mise en œuvre effective du Projet d'établissement mais aussi des différents projets de service, tels que celui de l'Unité Chenard ou du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

Il s'agit de donner du sens et de porter ensemble un Projet cohérent, en s'appuyant sur les souhaits, attentes et besoins des personnes accueillies, qui sont le socle du Projet d'Accompagnement Personnalisé, véritable fil rouge d'un accompagnement bien traitant.

Dans un contexte de mutualisation et de fusion d'établissements, les différentes parties prenantes (résidents, familles et professionnels) ont exprimé, au cours des entretiens, la volonté d'être impliquées, afin de participer pleinement à ce changement.

L'enjeu managérial de l'équipe de Direction est à présent de se saisir des leviers de l'accompagnement au changement, qui sont, entre autre, l'information, la communication et la formation.

4. Synthèse de l'évaluation externe

Introduction

- La démarche d'évaluation interne

Une évaluation interne a été menée de juin à décembre 2013 à partir d'un référentiel Eval-Ehpad. Le choix a été fait que les professionnels se mobilisent sur leurs pratiques plutôt que créer eux-mêmes le référentiel. Celui-ci intègre les quatre volets et les 5 axes recommandés par l'Anesm. La démarche a été participative avec l'ensemble des professionnels ainsi qu'avec les résidents et les familles. Le processus est en accord avec la recommandation de l'Anesm.

La démarche d'évaluation a fait l'objet d'informations régulières. Un rapport d'évaluation interne a été finalisé en janvier 2014 et a fait ressortir les points forts et les axes de progrès par item.

Un plan d'actions Qualité est à disposition sur l'informatique. Les pilotes ont communiqué sur son existence. Toutefois, il n'existe aujourd'hui aucun affichage, borne qualité, panneau qualité qui permettrait une appropriation plus fine par l'ensemble des personnels. Un service qualité est en place (ingénieur qualité et assistante qualité). Il coordonne la démarche qualité. Un groupe qualité cadre est également fonctionnel.

Un logiciel dédié qualité et gestion des risques était en voie d'installation au moment de l'évaluation avec le projet que chaque professionnel puisse y accéder.

L'appréciation des résidents sur les prestations est recueillie : lors des réunions de CVS, par les remontées des professionnels mais également par la mise à disposition à plusieurs endroits de l'Ehpad d'une boîte à idées. Ces dernières fonctionnent peu.

Le recueil des plaintes et réclamations s'intègre au fonctionnement général du centre hospitalier et relève du champ du service qualité où elles sont régulièrement traitées, tracées et analysées. Une procédure des Grievs est élaborée et affichée dans le Centre Hospitalier mais n'apparaît pas dans le livret d'accueil (Ehpad et accueil de jour) ou le règlement de fonctionnement. Les professionnels disposent de fiches de signalement d'événements. L'ensemble ne fait pas l'objet d'un bilan annualisé.

La gestion documentaire est structurée sur informatique et mise en œuvre sur l'établissement.

- Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Anesm.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm ne sont pas connues de l'ensemble des professionnels. Elles sont toutefois disponibles dans le système documentaire de l'établissement.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm ont été utilisées dans le cadre de l'évaluation interne mais aussi de la bientraitance, du projet personnalisé, qualité de vie en Ehpad (volets 1, 2, 3 et 4).

La prise en compte consolidée des recommandations de l'Anesm, permettra à l'Ehpad de soutenir l'appropriation de la sphère médico- sociale.

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

Un projet d'établissement est élaboré pour la période 2009-2013. Ce projet correspond à l'ensemble du Centre hospitalier. Son actualisation est en cours d'écriture. Il est prévu un projet de service spécifique à l'Ehpad. Un projet de service pour l'accueil de jour pourrait être envisagé.

Le projet d'établissement en cours de validité a été accompagné par un cabinet de conseil de manière participative. Un Comité de pilotage a été mis en place et des groupes de travail pluridisciplinaire (médical, soins, qualité, logistiques, bureaux des entrées, système d'informations).

Toutefois, les résidents, les familles et les partenaires de l'Ehpad n'ont pas été associés à la démarche. Ce projet étant global à l'ensemble du Centre hospitalier et ne se déclinant pas à date d'évaluation en projet de l'Ehpad, la participation ne leur était pas facilitée.

L'organisation de l'Ehpad est en lien avec ses missions. L'accompagnement est soutenu par une équipe qualifiée et pluridisciplinaire. Elle prend en compte les différents axes : soins, animation, vie sociale, fin de vie. Des unités pour personnes désorientées existent mais ne remplissent pas en l'état leur vocation. Un accueil de jour conforme aux attentes du cahier des charges vient compléter le dispositif.

L'Ehpad est ancien et ne répond plus en l'état aux besoins de la population accompagnée : chambres à deux lits, sanitaires et douches partagées, espaces de vie collectives insuffisants... Le Centre hospitalier a un projet architectural important concernant l'Ehpad. L'accueil de jour est accueilli dans un espace correspondant globalement à ses besoins (hormis la cuisine qui ne permet pas une utilisation normale).

Le processus d'admission est formalisé et structuré en plusieurs étapes, respectueux de la personne âgée et de sa famille (pour l'Ehpad et l'accueil de jour). Une commission d'admission est en place où le médecin coordonnateur donne un avis médical sur les admissions. Les résidents sont invités à visiter ainsi que leur famille et l'ensemble des informations leur sont apportées notamment par les cadres de santé et l'infirmière coordinatrice. L'ensemble des professionnels est informé d'un nouvel arrivant et son intégration fait l'objet d'une attention pour la prise de repères.

Des temps de coordination sont en place dans l'établissement mais apparaissent insuffisants. Ils ne font pas l'objet de compte-rendu. Les transmissions sont régulières à chaque changement d'équipe et s'appuie sur un logiciel dédié Osiris.

Le processus de recrutement et d'intégration des nouveaux salariés est formalisé et repose sur le cadre supérieur de santé et les cadres de santé qui ont le souci de transmettre les points essentiels à leur intégration. Un livret d'accueil du Centre Hospitalier est élaboré. Un tutorat est mis en place.

Le plan de formation est organisé au niveau du Centre Hospitalier selon un processus structuré : recueil des attentes des professionnels, analyse des besoins et contraintes du CH, consolidation et présentation en CTE. Les dernières années, il s'est intéressé à la Méthode de l'Humanité, la maladie d'Alzheimer et la manutention des personnes à mobilité réduite.

La prévention des risques psychosociaux et de l'usure professionnelle est abordée en lien avec le CHSCT et a déjà fait l'objet d'un certain nombre d'actions intégrées dans le cadre du DUERP : mobilité encouragée, entretiens professionnels, formation...

Les missions d'accompagnements médico-sociales sont réalisées. Le maintien de l'autonomie des résidents est sollicité lors de l'accompagnement à la vie quotidienne : toilette, maintien de la continence, choix des activités... La recherche d'une personnalisation est à l'œuvre par l'élaboration de plan de soins, d'une souplesse dans les interventions, le recueil des habitudes de vie.

La présence d'une psychologue permet un soutien et le diagnostic des troubles cognitifs, celle de kinésithérapeutes le maintien de l'autonomie.

Les thématiques gériatologiques (dénutrition, douleur, troubles neurocognitifs...) font l'objet d'une réflexion et sont prises en compte. Les troubles cognitifs liés aux maladies dégénératives ont fait l'objet d'une réflexion qui devra être prolongée et renforcée ainsi que pour l'accueil de jour.

L'accompagnement de la fin de vie fait l'objet d'une attention particulière de l'équipe soignante et d'une réflexion constante : modification de l'organisation des soins, présence de la famille, soutien psychologique... L'ensemble de la loi Léonetti devra être prise en compte par le recueil systématique de la personne de confiance ainsi que les directives anticipées.

Le médecin coordonnateur a pris en compte la majorité de ses missions. Son temps de présence est légèrement inférieur au décret. Quelques points devront cependant être soutenus : les interventions de formation auprès des professionnels, la participation régulière aux temps de transmissions ou la mobilisation de la commission gériatrique.

Les missions imparties à l'accueil de jour sont remplies. L'admission est prononcée en commission d'admission. Il est sous la responsabilité d'une cadre chargée par ailleurs du SSIAD et du service de médecine. Le projet de l'accueil de jour n'est pas écrit. Il devra intégrer les modalités d'arrêt de l'accompagnement et de l'orientation. Les activités en lien avec la vie extérieure et sociale devront être renforcées.

L'Ehpad propose un grand nombre d'activités et d'ateliers permettant de solliciter la vie sociale des résidents : en interne avec les professionnels (jeux, lecture, décoration, massages, esthétique...) ou avec des intervenants extérieurs (gymnastique douce, escrime) ainsi qu'en externe avec des sorties ludiques, visites touristiques, liens avec les écoles environnantes ou les Ehpad de proximité. L'animation est sous responsabilité d'une animatrice formée pour les unités 1-2-3 et d'une aide-soignante pour les unités 4-5. La mixité entre ces unités pourra être encouragée. Le projet global d'animation est à écrire.

Les résidents et la famille consultés dans le cadre de la mission d'évaluation, témoignent de leur satisfaction quant à l'accompagnement proposé et au respect de leurs droits.

B/ L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

L'Ehpad et l'accueil de jour est situé en proximité du centre-ville de Ribérac ce qui est un point fort pour l'inclusion des résidents dans la vie de la cité.

L'Ehpad a mis en œuvre une dynamique d'ouverture sur l'environnement et a établi des partenariats divers, pertinents et efficaces en utilisant bien les ressources du territoire.

Sur le volet santé et médico-social, des liens sont tissés avec le CMP de Ribérac, le CHS de Vauxaire ou le Verger des Ballans avec un psychogériatre qui intervient une fois par mois ;

Sur le plan social et animation, l'Ehpad a développé de nombreux partenariats par la venue de bénévoles, d'intervenants (animateur sportif, escrime...), rencontres intergénérationnelles...

L'établissement est également lieu d'accueil pour des stagiaires de différents métiers de l'établissement ainsi que de la Maison Rurale (lingerie, animation par exemple).

L'établissement jouit d'une bonne image auprès des partenaires institutionnels et de son environnement de proximité. Les partenaires contactés par la mission ont souligné la qualité des relations professionnelles et la disponibilité.

C/ Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

L'établissement n'est pas totalement en conformité avec les exigences de la loi 2002-2. Le livret d'accueil est élaboré pour l'ensemble du Centre Hospitalier, celui de l'Ehpad est en cours d'écriture, l'accueil de jour propose une plaquette d'information. Le règlement de fonctionnement est écrit pour l'Ehpad (sans qu'il soit complet au regard du décret), l'accueil de jour n'en dispose pas de spécifique. Il n'est pas affiché et remis aux salariés. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée.

Le contrat de séjour est élaboré pour l'Ehpad et un contrat spécifique est élaboré pour l'accueil de jour. Ils sont en accord avec le décret 2004-1274 du 26 novembre 2004. Il n'existe pas à jour d'évaluation d'avenant aux contrats de séjour²⁶.

L'Ehpad a entrepris un travail important concernant les projets personnalisés, soutenu par la psychologue. Une procédure a été élaborée qui prend en compte la recommandation Anesm²⁷ : recueil des attentes de la personne, formalisation en équipe pluridisciplinaire, nomination d'un référent, prise en compte des différentes facettes de l'accompagnement, proposition de prestations et d'actions. La démarche en est à ses débuts et méritera d'être évaluée notamment pour la forme des outils. Une vigilance sur la co-construction avec le résident et/ou sa famille devra être apportée. La démarche n'est pas encore débutée à l'accueil de jour.

Les résidents ou les bénéficiaires de l'accueil de jour sont associés chaque fois que possible pour la majorité des décisions et les actions qui les concernent. Les professionnels recherchent leur adhésion, ne font pas à leur place, sollicitent leur choix.

Les soins sont suivis et tracés dans le logiciel Osiris. Les professionnels rencontrés se sont bien saisis de l'outil.

Le Conseil de la vie sociale est en place dans le cadre réglementaire et se réunit régulièrement. Les comptes rendus analysés indiquent un bon niveau d'échanges. Il n'existe pas, par ailleurs de commission des menus (en projet) ni de commission animation. Il n'existe pas d'enquête de satisfaction régulière. Les résidents pourraient être associés à la commission éthique. L'accueil de jour n'a pas mis en œuvre de consultation spécifique.

²⁶ Article L311-4 du CASF

²⁷ Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Décembre 2008. Anesm

D/ La garantie des droits et la politique de prévention des risques

L'établissement et le service ont le souci de la dignité et de l'intimité des résidents et des bénéficiaires. Les postures et propos des professionnels sont respectueux. Le vouvoiement et l'utilisation du nom de famille sont de règle.

Les professionnels ont le souci de la confidentialité. Ils n'entrent pas dans les chambres sans frapper et sans y avoir été invités. Le respect de la confidentialité du courrier est la règle. Ces points sont régulièrement rappelés par l'encadrement. La question de la vie affective et sexuelle devra faire l'objet d'une réflexion avancée.

L'Ehpad a le souci de s'ouvrir aux familles : participation au processus d'admission, horaires facilités, soutien proposés par la psychologue et les professionnels... L'accueil de jour joue son rôle de soutien aux aidants par des rencontres régulières avec les ASG, le groupe des aidants de la psychologue...

L'établissement est en conformité avec l'ensemble des règles de sécurité : prévention incendie, légionnelle, maintenances des équipements... La commission communale de sécurité a donné un avis favorable. Le registre de sécurité est à jour des maintenances et contrôles effectués. Des exercices d'évacuation biannuels de jour devront être mis en œuvre. Le DARI est élaboré et les actions correctives intégrées au PAQ.

La maintenance est effective sous responsabilité du service sécurité/maintenance du Centre Hospitalier.

Le circuit du médicament est sécurisé sous la responsabilité d'une pharmacienne et des infirmières.

La continuité et la sécurité des interventions sont pleinement assurées : astreinte de cadre, du service maintenance, professionnels qualifiés 24 heures sur 24, veille de nuit structurée avec des professionnels qualifiés et alertés qui disposent de procédures formalisées et connues.

Des fiches de signalement d'évènements sont à disposition du personnel. Elles n'ont pas spécifiquement été élaborées avec lui mais elles en sont connues. Elles sont traitées par le service qualité qui en fait une analyse et un bilan permettant la mise en œuvre d'actions correctives.

La dynamique concernant le développement de la bientraitance est en place au travers de la qualité des pratiques, des formations à l'Humanitude... Le déploiement d'une démarche proche de la recommandation concernant la bientraitance pourra être envisagé.

L'Ehpad et l'accueil de jour dispose d'une procédure de signalement, bien connue des professionnels. Le circuit s'appuie sur les fiches de signalement d'évènements (FSE) adressés directement au service qualité.

Cependant, cette thématique n'est pas abordée dans le règlement de fonctionnement. Le numéro d'alerte 3977 n'y est pas indiqué ainsi que son explication. Il est affiché dans l'établissement et à l'accueil de jour.

INTRODUCTION

1. La démarche d'évaluation interne

L'évaluation interne, pilotée par la Qualité, a été réalisée en équipe pluridisciplinaire, dans les délais prescrits. Le plan d'amélioration de la qualité qui en est issu est bien réalisé sous forme d'échéancier sur 5 ans, avec la désignation de responsable d'actions. Si la démarche d'amélioration de la qualité a bien été engagée sur l'établissement, elle nécessite aujourd'hui de retrouver une certaine dynamique, à travers un pilotage clair et structuré. Le suivi du PACQ doit être organisé, formalisé et validé par la Direction.

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

L'équipe de Direction et d'encadrement a identifié les recommandations de bonnes pratiques applicables à l'établissement, et celles-ci ont été prises en compte lors de l'élaboration ou l'actualisation des procédures. Il conviendra de saisir toutes les opportunités pour sensibiliser le personnel aux RBPP de l'ANESM (réunions, élaboration de documents qualité, groupes de travail...)

LES CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

1. Le PE : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison des objectifs stratégiques en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

Le projet d'établissement 2011-2016 a été l'occasion d'un réel travail de fond sur les missions de l'EHPAD, ses valeurs, l'accompagnement proposé et les objectifs à atteindre. Le Projet d'Etablissement prend en compte la RBPP spécifique « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ». Il comporte notamment les notions de projet de vie, projet de soins et projet d'animation.

Il conviendrait d'assurer le pilotage des différentes actions issues du Projet d'Etablissement, de reprendre les éléments dans un format pluridisciplinaire afin d'élaborer des fiches projet qui pourront être suivies via un comité de pilotage.

2. L'adaptation entre l'objectif de l'EHPAD et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention

Les ressources humaines de l'établissement sont gérées avec pertinence. L'allocation de ressources arbitrée dans le conventionnement est bien optimisée: à l'exception de la ressource Médecin coordonnateur (le temps dédié : 0,4 ETP n'est en réalité que de 0,1 ETP sur le terrain).

L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences).

PAD dispose des compétences de personnel soignant diplômé, IDE, AS, AMP et la prise en charge des soins d'hygiène est également assurée par des ASH. L'organisation du travail permet en général de sécuriser les pratiques par le fonctionnement dans les différents secteurs de binômes AS/ASH, mais cela engendre également certains glissements de tâches. Le plan de formation prévoit une acquisition de compétences, il s'appuie sur les axes institutionnels validés dans le cadre de la convention tripartite et se décline chaque année en fonction des besoins et des formations prioritaires.

L'ouverture du PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) s'est accompagnée de la formation de six agents « Assistants de Soins en Gérontologie » qui fonctionnent actuellement en binôme sur l'unité.

4. 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.

Des supports sont disponibles à l'attention des nouveaux salariés afin de les aider dans leur prise de poste et leur intégration, tels que les classeurs de secteur avec plan d'accompagnement, mais la création d'un livret d'accueil du salarié permettrait de faciliter la prise de poste.


Les réunions pluridisciplinaires avec le Cadre de santé et le Psychologue permettent d'accompagner les équipes mais là encore la présence du Médecin coordonnateur serait un plus.

5. 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

Des temps d'échanges sont organisés au moment des transmissions afin de soutenir le personnel. Le Cadre de santé et le psychologue sont des personnes ressources et restent disponibles et accessibles.

Pendant, sur l'Unité Chenard en particulier, les agents expriment une certaine « solitude » face aux problématiques rencontrées par l'accompagnement des personnes les plus fragilisées (démences et troubles du comportement). Le temps de présence de l'IDE pourrait être augmenté sur cette unité. Il serait également bénéfique d'organiser davantage de temps informels avec les équipes de l'Ehpad.

La mise en place de groupes d'analyse de pratiques est également une piste de réflexion.

- 
6. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant de caractériser le profil de la population accompagnée et d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers.

Les rapports d'évaluation interne et externe, les constats du Projet d'Établissement, le rapport médical, les enquêtes de satisfaction sont autant de données qualitatives et quantitatives qui permettent de caractériser la population accompagnée et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement

En termes d'animation, de nombreux supports papier permettent d'évaluer la prise en charge, mais ces données disponibles devront être croisées pour en dégager des indicateurs de mesure des effets de l'accompagnement sur les résidents et dans la mise en œuvre du projet personnalisé.

De même pour l'accompagnement réalisé au sein du PASA, il convient à présent de se doter de tous les outils, rapports et grilles permettant l'évaluation des bénéficiaires et le suivi de l'accompagnement

7. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS.

Même si le dispositif d'accompagnement personnalisé existe, il n'est pas encore pleinement abouti et nécessite des réajustements, notamment en termes de transversalité des données nécessaires à son élaboration.

Dans le cadre du PASA, il conviendra également d'accéder aux activités proposées en partant de la notion d'objectifs à visée thérapeutique, et non seulement occupationnelle

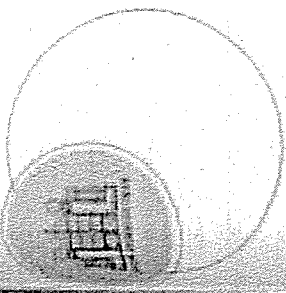
2/ L'OUVERTURE DE L'ÉTABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ÉCONOMIQUE

1. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne.

Les partenariats mis en œuvre contribuent à assurer la continuité de la prise en charge et le développement des liens sociaux pour les personnes accueillies

Le partenariat d'action et le travail en réseau font pour la plupart l'objet d'un conventionnement.

Le travail des animatrices corrélé à la mise en place de l'Association MYOSOTIS offre une véritable plus-value en termes de développement du lien social et d'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.



1. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'EHPAD

abaissement, de manière historique, est largement repéré par les acteurs médico-sociaux et sanitaires. encore, les nombreuses animations internes et externes, la venue de bénévoles, l'intervention de partenaires extérieurs et les activités de l'Association MYOSOTIS permettent d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur et de diffuser une image positive de l'EHPAD.

3. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'EHPAD autour du projet de chaque personne.

coordination et l'intégration des personnes extérieures sont réalisées essentiellement par la Cadre de ré. Les différentes interventions font l'objet d'une traçabilité et d'un suivi dans le logiciel de soins.

4. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outils de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'établissement.

es sorties à l'extérieur sont organisées et les animatrices font régulièrement intervenir des prestataires externes pour proposer des animations aux résidents. Un partenariat est actif avec les différentes ressources du territoire. Des ventes sont organisées à l'extérieur de la maison de retraite, par l'intermédiaire de l'association MYOSOTIS, permettant de développer le caractère accueillant de l'établissement.

Journal interne « Le Myoche », véritable outil de communication, permet de maintenir le lien social.



différentes données relatives à la prise en charge doivent toutes (animation) être intégrées dans le projet de soins. Par ailleurs, pour ancrer le projet personnalisé dans les pratiques des soignants, il est indispensable de décliner les objectifs posés en actions, mesurables et évaluables, intégrées au plan de soins.

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.

La méthodologie du projet personnalisé n'est pas aboutie car elle n'intègre pas pleinement le résident dans le processus, même si cette notion est déjà en réflexion.

2. 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'évaluation et l'actualisation des projets personnalisés ne sont pas encore formalisées même si celui-ci est modifié en cas d'évolution importante de l'état physique ou psychologique de la personne concernée.

3. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant.

Ces modalités sont à préciser dans les documents institutionnels remis lors de l'admission (livret d'accueil, règlement de fonctionnement).

4. La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers.

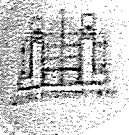
Les résidents rencontrés lors de l'évaluation disent être globalement satisfaits de l'ensemble des prestations de l'établissement, soulignant surtout une équipe chaleureuse et professionnelle avec la présence d'un cadre de santé et d'un pôle animation très à l'écoute. Les différentes prestations sont appréciées, mais des axes d'amélioration sont envisageables sur la gestion du linge (repassage notamment).

L'HPAD devra réaliser une nouvelle enquête de satisfaction auprès des familles et des usagers.

5. 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.

Les réunions du Conseil de la Vie Sociale sont activées, des comptes rendus sont affichés. Le suivi des actions correctives issues du CVS reste parfois aléatoire. Les membres du CVS rencontrés expriment la volonté de la équipe de les impliquer dans la vie de l'établissement.

Les commissions de menus permettent de recueillir les souhaits et attentes des personnes accueillies dans le domaine de l'alimentation.



Assemblée générale de l'association se substitue à la commission animation.

revanche, il n'y a pas aujourd'hui de recueil et de gestion formalisés des réclamations des résidents et familles.

LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

1. Les modes d'organisation de l'établissement pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité.

Les professionnels sont polis, frappent aux portes avant d'entrer et indiquent leur présence dans la chambre pendant les soins. Cependant, on constate certaines familiarités qui peuvent s'expliquer par le caractère « familial » de la structure et la connaissance des personnes accueillies, mais il convient d'engager une réelle réflexion sur cette thématique, à travers le support du projet personnalisé.

2. 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.

Une procédure et une fiche permettant de signaler les événements indésirables existent. Les événements indésirables ont fait l'objet d'une réelle gestion et d'une analyse mais depuis fin 2013, le pilotage n'est plus assuré. Il convient de reprendre rapidement cette gestion, validée par la Direction, et en impliquant les équipes.

Le temps de transmissions de début d'après-midi est un moment important pour identifier des situations à risques et la présence de la cadre de santé et/ou de la psychologue est indispensable. L'association du Médecin coordonnateur permettrait de répondre aux situations les plus problématiques nécessitant un avis médical.

Le temps de présence de l'infirmière sur l'Unité Chenard pourrait être optimisé afin d'apporter un soutien plus accru aux professionnels intervenant sur cette unité.

La mise en place d'un comité éthique et bientraitance pourrait compléter les dispositifs mis en place.

3. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifié par l'établissement ; 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'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels.



Les principaux risques relatifs aux spécificités des usagers ont été identifiés dans le projet d'établissement. Les dispositifs sont ou seront mis en place pour prévenir ces risques.

L'organisation des soins et des ressources permet de ne pas avoir de rupture dans l'accompagnement. La proximité du SSR représente une ressource non négligeable permettant de maintenir une continuité des soins quelle que soit l'expertise. Cependant, l'Unité Chenard souffre d'un déficit de temps infirmier qui génère des glissements de tâches. La continuité des soins est assurée la nuit et une infirmière du SSR peut se rendre disponible si besoin.

Les procédures d'urgence, les modalités d'accompagnement et d'entretien des locaux, permettent de garantir la sécurité des résidents le jour comme la nuit.

Le plan de formation pluriannuel intègre des actions liées à la prise en charge bienveillante et notamment les formations GINESTE-MARESCOTTI. L'évaluation du bénéfice de ces formations manque de lisibilité. Les différents risques relatifs à la santé des personnes accueillies sont protocolisés. Il convient d'homogénéiser les pratiques et l'organisation du travail sur les trois secteurs.

Les réunions pluridisciplinaires doivent être poursuivies, car elles permettent d'améliorer la communication et d'apporter des réponses aux dysfonctionnements signalés par les résidents, familles et professionnels.

Périgueux, le

15 JAN. 2015

Direction Départementale
de la Solidarité
et de la Prévention
(D.D.S.P.)

Pôle Personnes Agées

à **Madame la Directrice**
Du Centre Hospitalier De Ribérac
Rue Jean Moulin
24600 RIBERAC

Affaire suivie par : Monsieur Patrick IMBERT
N° Tel : 05.53.02.28.15 N° Fax : 01.57.67.42.41
Courriel : p.imbert@dordogne.fr
(Références à rappeler dans toute correspondance)

Mes références : SPAE/PI/MAC//2015/n° 37

Objet : PPI DE L'EHPAD DU CH DE RIBERAC

Madame la Directrice,

Nos services ont travaillé ces derniers mois à l'élaboration du plan pluriannuel d'investissement relatif à la restructuration de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Ribérac.

Le projet consiste en la reconstruction de l'intégralité de l'hébergement pour personnes âgées sur la partie libre à ce jour du terrain à l'arrière de l'hôpital, soit 140 lits d'hébergement permanent et 6 lits d'hébergement temporaire. De plus, l'opération permettra la réalisation d'un pôle d'activités et de soins adaptés ainsi que le rapatriement des 6 places d'accueil de jour au sein de la structure.

Le concours de maîtrise d'œuvre a été remporté par Sextant Architecture de Clermont Ferrand. Le permis de construire a été délivré. L'appel d'offres a permis de choisir les entreprises qui vont intervenir sur le chantier. Il reste à l'hôpital à passer les ordres de service.

Le présent PPI a été construit selon les hypothèses développées ci-après :

1) Analyse financière :

Celle-ci porte sur l'ensemble des activités de l'hôpital. Elle est basée sur les comptes de gestion arrêtés par le comptable public de l'établissement.

Le fonds de roulement d'investissement (FRI) est à ce jour confortable puisque positif pour 2 863 k€ avec un taux d'endettement très faible. Le ratio d'indépendance financière atteint 6,63 en 2013, laissant une marge de manœuvre conséquente.

Le FRI a beaucoup progressé entre 2011 et 2013 (+ 1 712 k€). Cela s'explique par une politique d'investissement maîtrisée (+ 492 k€) couverte par le renforcement des fonds propres (+ 50 k€) et l'autofinancement (811 k€ d'amortissements). Le tout permet sans difficulté à l'établissement de se désendetter (- 207 k€ en 3 ans). A cela, s'ajoutent des crédits non reconductibles de l'ARS (1 000 k€ en 2012 et 500 k€ en 2013). Cette dotation permettra de couvrir les frais financiers générés par l'opération de restructuration, objet du présent PPI.

. Le fond de roulement d'exploitation (FRE) est lui aussi positif de 765 k€. Cela tient à une amélioration des résultats d'exploitation suite à vos efforts de gestion, ainsi qu'à la constitution de provisions (+ 227 k€ entre 2012 et 2013). Il est à noter que le bilan continue de faire apparaître un report à nouveau déficitaire pour 353 k€. Celui-ci devrait être couvert en priorité par les résultats excédentaires.

Il est à noter le faible montant de la réserve de trésorerie (259 k€).

. Le fonds de roulement net global (FRNG) est ainsi très élevé (3 627 k€ fin 2013).

. Il couvre largement le besoin en fonds de roulement (BFR) qui s'établit à 1 289 k€ fin 2013. Ceci étant, il est à noter une forte progression du BFR sur la période puisqu'il est passé de 902 k€ à 1 289 k€. L'essentiel de l'écart provient d'un allongement conséquent du délai moyen de recouvrement des créances qui est passé de 44 à 55 jours, avec notamment une hausse de 608 k€ correspondant pour l'essentiel au versement des 500 000 € de CNR, évoqués ci-dessus, encaissés tardivement. Dans le même temps le délai moyen de règlement des fournisseurs est passé de 24 jours à 40 jours.

. La trésorerie s'est considérablement renforcée sur la période passant de 460 k€ à 2 338 k€. Cela tient surtout à la dotation en CNR de 1 500 k€. Cette situation permet d'envisager l'opération de restructuration sereinement. En effet, les fondamentaux sont sains et les efforts de gestion et de retour à l'équilibre en section d'exploitation sont patents.

2) Programme d'investissement :

Les résultats des appels d'offres sont aujourd'hui connus. Votre assistant maître d'ouvrage, la SEMIPER, m'a transmis les éléments de coûts en résultant. Le programme d'investissement à financer est donc le suivant :

. Frais de concours :	259 801 €
. Etudes préalables :	86 834 €
. Travaux :	10 962 373 €
. Maîtrise d'œuvre :	1 353 220 €
. OPC :	80 171 €
. Contrôle technique :	79 136 €
. CSPS :	18 146 €
. Assurance dommage ouvrage :	155 081 €
. Raccordements :	21 979 €
. Frais Divers :	26 414 €
. AMO :	158 250 €
TOTAL	<hr/> 13 201 405 €

Ce chiffre est évalué TTC avec des taux de TVA de 5,5 % ou 7 % selon les items. Les travaux sont à 5,5 % s'agissant d'une livraison à soi-même éligible au PLS.

A cela, s'ajoutent les équipements pour 450 000 €. Soit, un total de dépenses de 13 651 405 € TDC. A cet égard, le montant prévisionnel des travaux inclut une enveloppe de 3 % au titre des aléas et de 1 % dans le cadre de la révision des prix.

L'amortissement des travaux est prévu en linéaire sur 30 ans. Les équipements et l'assurance dommage ouvrage seront amortis sur 10 ans, en linéaire aussi.

Le renouvellement des équipements est inscrit au présent PPI de 2015 à 2024, sur la base de 120 000 € par an, dont 80 000 € imputables à l'hébergement de l'EHPAD. Il est prévu un amortissement linéaire de 7 ans, en moyenne, sur ces biens.

Le programme d'investissement inclut également les immobilisations réalisées pendant l'année 2014. Il est à noter que vous amortissez en année pleine.

3) Emprunts :

Votre bilan laisse apparaître une dette en capital de 611 495 €. Les tableaux de remboursements que vous m'avez fournis portent les échéances à seulement 602 412,76 €. La différence n'étant pas significative sur la durée, je ne vous ai pas demandé d'y apporter rectification.

Les échéances en intérêts des emprunts antérieurement contractés est désormais faible sur la section hébergement de l'EHPAD et va rapidement décroissant. Il est à noter que l'établissement supporte le remboursement de deux importants prêts à taux variables, souscrits auprès de la Caisse d'Epargne, le premier jusqu'en 2018 et le second, moins lourd, jusqu'en 2023. Après cette date, l'EHPAD n'enregistrera plus le versement d'intérêts sur les emprunts réalisés avant la conclusion du présent PPI.

Le plan de financement comprend deux nouveaux emprunts à contracter auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations.

Le premier, un Prêt Logement Social (PLS) est prévu sur 30 ans avec une période de mobilisation de deux ans.

Le taux actuel de ce type de prêt, indexé sur le livret A, est de 2,11 %. Le montant emprunté serait, conformément à la réglementation de plus de 50 % du coût de la construction (y compris l'assurance dommage ouvrage), soit en l'occurrence 6 654 000 €. Il est prévu, en fonction de l'échéancier fourni par l'AMO, de tirer cette somme à raison de 2 800 000 € en 2015 et de 3 854 000 € en 2016. Bien entendu, la mobilisation effective de l'emprunt se fera au besoin afin d'éviter le paiement d'intérêts intercalaires inutile.

Le second prêt auprès de la CDC, est un Phare au taux actuel de 1,6 %, lui aussi indexé sur le livret A. Cet emprunt, d'un montant prévisionnel de 1 800 000 € sera réalisé sur 30 ans. Sa mobilisation est prévue dans le courant de l'année 2016.

Les intérêts intercalaires de ces deux emprunts sont prévus dans les frais financiers chaque année. Vous pourrez les régler ainsi au fur et à mesure. Si tel n'était pas le cas, il vous appartiendra de provisionner les sommes idoines afin de pouvoir les payer lorsqu'ils seront appelés.

Au vu de l'échéancier des travaux communiqué par l'AMO et des délais de règlement des subventions de la CNSA et du département, il conviendra sans doute de contracter une ligne de trésorerie ou un emprunt relais. Ceci est prévu au présent PPI de la manière suivante :

- 2015 : mobilisation de 600 000 €
- 2016 : remboursement de ces 600 000 €
- 2017 : mobilisation de 800 000 €
- 2018 : remboursement de 500 000 €
- 2019 : remboursement de 200 000 €
- 2020 : remboursement du solde, soit 100 000 €

Les frais financiers sont prévus au présent PPI sur la base d'un taux de 2,5 %.

Cette ligne de trésorerie sera sans doute minimisée du fait, tout d'abord, que les services fiscaux devraient vous reverser l'intégralité de la TVA tout au long de l'opération (vous privilégieriez cette option) et, ensuite, que vous réglerez les entreprises au fil du temps alors que le présent PPI prévoit ces règlements en années pleines.

L'ensemble des surcoûts générés par ces divers emprunts seront intégrés dans les budgets futurs.

4) Plan de financement :

Outre les emprunts ci-dessus, le plan de financement de l'opération intègre les crédits complémentaires suivants :

- Crédits non reconductibles de l'ARS : 1 500 000 €. Cette somme a déjà été versée, comme on l'a vu ci-dessus. Elle est affectée au compte 142 et permettra de couvrir en partie les intérêts des emprunts auprès de la CDC, au prorata de leur montant annuel. Il est à noter à cet égard que l'ensemble des frais financiers, hors lignes de trésorerie, est évalué à 2 660 521 €.

- Subvention CNSA : 800 000 €. Celle-ci sera amortie sur 30 ans dès 2016, en linéaire.

- Subvention du département (FDESS) : 2 336 000 €. Celle-ci sera amortie de la même manière et au même rythme que celle de la CNSA.

L'amortissement des subventions suit l'amortissement de la construction dont la linéarité est permise par le fait que le capital des emprunts est remboursé de manière constante.

- Des dotations au compte 10682 : 50 000 € en 2014 et 80 000 € en 2015.

- La constitution de provisions sur la section hébergement de l'EHPAD : 80 000 € en 2014, 150 000 € en 2015 et 230 000 € en 2016. Pour mémoire, une première provision de 50 000 € avait été autorisée au budget 2013. Celles-ci seront reprises ultérieurement selon l'échéancier prévisionnel suivant :

ANNEE	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Montant repris	90 000 €	120 000 €	80 000 €	68 000 €	56 000 €	44 000 €	32 000 €	20 000 €

Bien entendu, cet échéancier pourra être adapté en fonction des besoins sur les exercices à venir.

La trésorerie résultant de ce PPI reste toujours très supérieure à 30 jours de décaissements, puisqu'elle correspond à 54 jours de charges fin 2020, dernière année de remboursement de l'emprunt relais.

Après cette date, la trésorerie devrait augmenter de plus de 100 000 € chaque année et ce, en tenant compte des dernières reprises de provisions. En effet, le remboursement du capital est linéaire et les reprises sur le compte 142 dégressives alors que dans le même temps les amortissements progressent.

5) Surcroits d'exploitation :

Ceux-ci sont arrêtés hors effets inflation. Vous ne m'avez pas, par ailleurs, fait connaître de surcoûts d'exploitation relatifs à cette opération. Aussi, le présent PPI n'en intègre pas.

Ne sont donc consignés que les effets directs de la construction :

. Les amortissements et les frais financiers, y compris ceux liés à la ligne de trésorerie, en charges.

. Les amortissements des deux subventions et la reprise du compte 142 en produits.

A cela s'ajoutent les constitutions et reprises sur provision (comptes 6815 et 7815) telles que détaillée ci-dessus.

L'activité est prévue sur la base de 51 523 journées de 2015 et sur la durée du PPI. Elle ne devrait pas être fortement impactée durant les travaux dans la mesure où l'opération se fera sans supprimer de lits.

Les tarifs résultant de ce qui précède sont les suivants :

ANNEE	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tarif	49,02 €	50,64 €	51,80 €	52,46 €	52,57 €	52,70 €

Les effets du PPI sont maîtrisés et sont acceptables (+ 3,68 € à l'horizon 2020, soit + 7,5 %)


6) Approbation et révision :

Sous réserve de l'obtention des financements prévus, le présent PPI est approuvé.

Il pourra éventuellement faire l'objet d'une mise à jour préalablement au dépôt de vos propositions budgétaires, donc avant le 31 décembre de chaque année.

Veillez agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL,

Par délégation, 

Le Directeur Général Adjoint,
Directeur Départemental
De la Solidarité et de la Prévention


Sophie L'HÔTE

RENSEIGNEMENTS

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'établissement : EHPAD de RIBERAC

Année de début de réalisation du projet (Année N) : 2014

DONNÉES BUDGÉTAIRES

Charges brutes en 2013 : 2 548 101,30
 Recettes en atténuation en 2013 : 121 550,00
Résultat hébergement 2011 recrus en 2013 : 0,00
 Charges nettes en 2013 : 2 426 551,30
 Nombre de journées en 2013 : 51 502
 Prix de journée en 2013 : 47,12

Dépenses et recettes non reconductibles inscrites au budget 2013
 Reprise sur provision :
 Constitution de provision : 50 000,00
 Recettes non reconductibles :
 Dépenses non reconductibles :

AFFECTATIONS DES RÉSULTATS

Affectation du résultat 2012		
Affectation d'un excédent	Hébergement	Autres budgets
A Investissement en 2013 (compte 10682)		50 000,00
A Investissement en 2014 (compte 10682)		
En réserve de trésorerie en 2013 (compte 10685)		
En réserve de trésorerie en 2014 (compte 10685)		
En réserve de compensation en 2013 (compte 10686)		167 879,31
En réserve de compensation en 2014 (compte 10686)		
En réserve de compensation des charges d'amort. en 2013 (compte 10687)		
En réserve de compensation des charges d'amort. en 2014 (compte 10687)		
En réduction des charges 2013 (compte 110)		
En réduction des charges 2014 (compte 110)		
Affectation d'un déficit		
Reprise sur réserve de compensation en 2013 (compte 10686)		
Reprise sur réserve de compensation en 2014 (compte 10686)		
Reprise sur réserve de compensation des charges d'amort. en 2013 (compte 10687)		
Reprise sur réserve de compensation des charges d'amort. en 2014 (compte 10687)		
En augmentation des charges 2013 (compte 119)		
En augmentation des charges 2014 (compte 119)		
En augmentation des charges 2015 (compte 119)		
En augmentation des charges 2016 (compte 119)		53 581,81
Affectation du résultat 2013		
Affectation d'un excédent	Hébergement	Autres budgets
A Investissement en 2014 (compte 10682)		80 000,00
A Investissement en 2015 (compte 10682)		
En réserve de trésorerie en 2014 (compte 10685)		40 000,00
En réserve de trésorerie en 2015 (compte 10685)		
En réserve de compensation en 2014 (compte 10686)		
En réserve de compensation en 2015 (compte 10686)		127 003,10
En réserve de compensation des charges d'amort. en 2014 (compte 10687)		
En réserve de compensation des charges d'amort. en 2015 (compte 10687)		
En réduction des charges 2014 (compte 110)		
En réduction des charges 2015 (compte 110)		
Affectation d'un déficit		
Reprise sur réserve de compensation en 2014 (compte 10686)		
Reprise sur réserve de compensation en 2015 (compte 10686)		
Reprise sur réserve de compensation des charges d'amort. en 2014 (compte 10687)		
Reprise sur réserve de compensation des charges d'amort. en 2015 (compte 10687)		
En augmentation des charges 2014 (compte 119)		
En augmentation des charges 2015 (compte 119)		
En augmentation des charges 2016 (compte 119)		
En augmentation des charges 2017 (compte 119)		52 694,36

BILAN FINANCIER

BIENS	2011	2012	2013	FINANCEMENTS	2011	2012	2013
Biens stables				Financements stables			
Immobilisations incorporelles nettes	8 199,58	66 033,60	387 621,29	Apports ou fonds associatifs	2 423 539,80	2 423 539,80	2 423 539,80
Immobilisations corporelles brutes				Réserves des plus values nettes			
- Terrains	12 273,86	12 273,86	12 273,86	Excédents affectés à l'investissement	1 209 188,26	1 209 188,26	1 259 188,26
- Constructions	4 496 112,06	4 496 112,06	4 496 112,06	Subventions d'investissements	19 740,00	15 465,77	19 626,76
- Installations, matériels et outillages techniques	508 164,51	542 687,69	562 763,18	Différences sur réalisations d'immobilisations			
- Autres immobilisations corporelles	3 753 878,58	3 802 509,18	3 829 165,92	Emprunts - dettes financières	818 628,54	712 665,96	611 495,83
Immobilisations en cours				Dépôts et cautionnements reçus	300,00	300,00	
Immobilisations financières	261,96	261,96	261,96	Amortissements des immobilisations			
Charges à répartir	25 744,79	21 524,79	17 304,79	- Constructions	2 726 119,33	2 867 904,28	3 009 689,23
Autres				- Installations, matériels et outillages techniques	207 016,34	281 097,72	346 436,09
Comptes de liaison investissement				- Autres immo corporelles et incorporelles	2 551 491,47	2 774 647,42	2 939 347,92
TOTAL II	8 804 635,28	8 941 394,08	9 296 503,00	Autres		1 000 000,00	1 550 000,00
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT NEGATIF (I-II)	0,00	0,00	0,00	Comptes de liaison investissement			
Actifs stables d'exploitation				TOTAL I	9 956 023,74	11 284 809,21	12 159 322,93
Déficits rejetés par les autorités de tarification				FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT POSITIF (I-II)	1 151 388,46	2 343 415,13	2 862 819,93
Résultat déficitaire	180 260,25			Financements stables d'exploitation			
Report à nouveau déficitaire	217 908,08	371 395,06	353 520,51	Réserves de trésorerie	259 128,16	259 128,16	259 128,16
Amortissements comptables excédentaires différés				Réserves de compensation :			
Droits acquis par les salariés non provisionnés				- des déficits	19 623,43	197 096,94	20 393,01
Autres				- des charges d'amortissement			
Comptes de liaison trésorerie (stable)				Résultat excédentaire		110 084,78	256 294,53
TOTAL IV	398 168,33	371 395,06	353 520,51	Report à nouveau excédentaire affecté à :			
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION NEGATIF (III-IV)	0,00	0,00	0,00	- réduction des charges d'exploitation	153 211,93	39 955,15	167 879,31
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL NEGATIF	0,00	0,00	0,00	- financement de mesures d'exploitation			
				Autres provisions réglementées	36 844,00	36 844,00	46 844,00
				Provisions pour risques et charges	140 000,00	140 000,00	367 500,00
				Autres			
				Comptes de liaison trésorerie (stable)			
				TOTAL III	608 807,52	692 119,03	1 118 039,01
				FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION POSITIF (III-IV)	210 639,19	320 723,97	764 518,50
				FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL POSITIF	1 362 027,65	2 664 139,10	3 627 338,43
 Valeurs d'exploitation				Dettes d'exploitation			
Stocks	70 962,17	50 222,86	53 997,79	Avances reçues	31 877,62	46 565,82	18 884,89
Avances et acomptes versés		33 069,07	26 781,64	Fournisseurs d'exploitation	137 553,71	157 176,16	236 152,54
Organismes payeurs, usagers	1 085 639,20	1 081 773,01	1 507 129,20	Dettes sociales	88 635,47	11 659,79	5 973,28
Créances diverses d'exploitation	80 455,58	31 588,14	66 903,17	Dettes fiscales	41 911,93	54 749,89	62 063,12
Créances irrécouvrables en non-valeur				Dettes diverses d'exploitation	8 708,10	1 720,62	1 619,25
Charges constatées d'avance				Dépréciation des stocks et des créances	521,12		20 000,00
Créances sur cessions de VMP				Produits constatés d'avance			
Dépenses à classer	786,55			Dettes sur cessions de VMP			
Autres				Ressources à reverser à l'aide sociale			
Comptes de liaison exploitation				Fonds déposés par les résidents	20 790,06	20 320,05	11 568,88
TOTAL VI	1 237 823,50	1 197 253,08	1 648 811,80	Recettes à classer	6 118,53	5 265,34	3 413,18
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (VI-V)	901 706,96	899 795,41	1 289 136,66	Autres			
Liquidités				Comptes de liaison exploitation			
Valeurs mobilières de placement				TOTAL V	336 116,54	297 457,67	359 675,14
Disponibilités	494 718,02	1 816 376,81	2 359 376,96	EXCEDENT DE FINANCEMENT D'EXPLOITATION (VI-V)	0,00	0,00	0,00
Autres				Financements à court terme			
Comptes de liaison trésorerie				Fournisseurs d'immobilisations		20 200,44	
TOTAL VIII	494 718,02	1 816 376,81	2 359 376,96	Fonds des majeurs protégés	28 603,30	26 798,31	16 920,50
TRESORERIE POSITIVE (VIII-VII)	460 320,69	1 764 343,69	2 338 201,67	Cenccours bancaires courants			
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	10 935 345,13	12 326 419,03	13 658 212,27	Ligne de trésorerie			
				Intérêts courus non échus	5 794,03	5 034,37	4 254,79
				Autres			
				Comptes de liaison trésorerie			
				TOTAL VII	34 397,33	52 033,12	21 175,29
				TRESORERIE NEGATIVE (VIII-VII)	0,00	0,00	0,00
				TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	10 935 345,13	12 326 419,03	13 658 212,37

SOLDES INTERMEDIAIRES DE GESTION

	2011	%	2012	%	2013	%
Ressources de tarification	8 901 696,23	100%	10 064 378,46	100%	9 933 174,31	100%
Consommations	2 023 239,30	23%	2 002 621,78	20%	2 121 753,19	21%
VALEUR AJOUTEE	6 878 456,93	77%	8 061 756,68	80%	7 811 421,12	79%
Subventions obtenues	2 960,00	0%	300,00	0%	19 200,00	0%
Impôts et taxes	46 754,75	1%	26 558,52	0%	24 672,63	0%
Charges de personnel	6 629 334,26	74%	6 441 995,84	64%	6 288 575,42	63%
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	205 327,92	2%	1 593 502,32	16%	1 517 373,07	15%
Autres produits de gestion courante	9 650,93	0%	8 226,03	0%	4 525,91	0%
Produits financiers	87 554,27	1%	109 160,42	1%	26 273,42	0%
Autres produits de gestion exceptionnels	10 112,88	0%	22 726,81	0%	12 862,15	0%
Autres charges de gestion courante	43 661,73	0%	20 005,77	0%	14 925,17	0%
Charges financières	79 207,24	1%	104 236,23	1%	37 186,69	0%
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	169 551,27	2%	1 563 919,96	16%	1 483 198,39	15%
Reprise de provisions	96 500,00	1%	521,12	0%		
Dotation aux amortissements	456 825,37	5%	450 136,30	4%	415 183,86	4%
Constitution de provisions	11 584,52	0%	1 004 220,00	10%	811 720,00	8%
RESULTAT NET	-202 358,62	-2%	110 084,78	1%	256 294,53	3%

PLAN DE FINANCEMENT

VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
R E S S O U R C E S						
Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports)						
Réserves des plus-values nettes (établissements publics)		200 000	800 000	800 000	527 565	
Subventions d'équipement FDESS		240 000		320 000	240 000	
Subventions d'équipement CNSA	50 000	80 000				
Excédents ou réserve de trésorerie affectés à l'investissement						
Plus-values de cessions d'actifs / Dons et legs en capital						
Emprunts prévus au plan	0	2 800 000	5 654 000	0	0	0
Emprunt de trésorerie		600 000	-600 000	800 000	-500 000	-200 000
Autres dettes financières (dont dépôts et cautionnements reçus...)						
Amortissements des actifs acquis avant le 01/01/2014	417 321	378 048	327 425	290 800	236 666	205 101
Amortissements des acquisitions du plan	0	35 386	52 529	415 061	555 420	572 563
Amortissements des charges à répartir sur plusieurs exercices						
<i>Comptes de liaison investissement</i>						
Total des ressources = A	467 321	4 333 434	6 233 953	2 625 861	1 059 651	577 664
E M P L O I S						
Subventions d'équipement inscrites au compte de résultat	102 517	103 906	14 948	41 615	78 948	104 533
Remboursement des emprunts antérieurs	0	0	78 671	70 783	71 744	32 308
Remboursement des emprunts prévus au plan	0	0	0	281 800	281 800	281 800
Investissements prévus au plan	1 063 575	4 692 137	5 139 250	3 015 930	358 692	120 000
Immobilisations financières - prêts, cautionnements..						
Reprise sur 142 - Couverture des frais financiers		8 327	48 831	94 202	91 022	87 842
Charges à répartir sur plusieurs exercices						
<i>Comptes de liaison investissement</i>						
Total des emplois = B	1 166 092	4 804 370	5 281 700	3 504 329	882 206	626 484
VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C	-698 771	-470 936	952 254	-878 468	177 445	-48 820
FRI INITIAL = D	2 862 820	2 164 049	1 693 113	2 645 367	1 766 899	1 944 344
FRI CUMULE = D + C = E	2 164 049	1 693 113	2 645 367	1 766 899	1 944 344	1 895 524

PLAN DE FINANCEMENT

VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
AUGMENTATIONS						
Stocks : rotation plus lente						
Stocks : effet volume et/ou prix						
Créances : allongement des délais de paiement						
Créances : effet volume et/ou prix						
Dettes : diminution (volume et/ou prix) ou accélération des délais de règlement						
Reprise sur provisions pour dépréciation des actifs circulants						
<i>Comptes de liaison (cycle d'exploitation)</i>						
Total des augmentations du BFR = K						
DIMINUTIONS						
Réduction des stocks						
Créances : diminution (volume et/ou prix) ou accélération des délais de paiement						
Dettes : allongement des délais de règlement						
Dettes : effet volume et /ou prix						
Dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants						
<i>Comptes de liaison (cycle d'exploitation)</i>						
Total des diminutions du BFR = L						
VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M	1 289 137	1 289 137	1 289 137	1 289 137	1 289 137	1 289 137
BFR INITIAL = N	1 289 137	1 289 137	1 289 137	1 289 137	1 289 137	1 289 137
BFR CUMULE = N + M = O						
VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H - M = P	-645 189	-268 242	1 182 254	-968 468	57 445	-128 820
TRESORERIE INITIALE	2 338 202	1 693 013	1 424 771	2 607 025	1 638 557	1 696 001
TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE (estimations des montants à ajouter en fin d'année)	1 693 013	1 424 771	2 607 025	1 638 557	1 696 001	1 567 181
Dettes fournisseurs d'immobilisations						
Autres postes (fonds des majeurs protégés...)						
LIQUIDITES EN FIN DE PERIODE	1 693 013	1 424 771	2 607 025	1 638 557	1 696 001	1 567 181
TRESORERIE MINIMALE SOUHAITEE						
Nombre de jours de trésorerie souhaités	30 jours	30 jours	30 jours	30 jours	30 jours	30 jours
Soit les liquidités minimales suivantes	813 000	819 000	826 000	831 000	834 000	834 000
Écart par rapport aux liquidités prévisionnelles en fin de période	-880 013	-605 771	-1 781 025	-807 557	-862 001	-733 181

PROGRAMME D'INVESTISSEMENT

Ordre de priorité	Nature de l'opération prévue	Section	Coût (par tranche si nécessaire)	Année de réalisation	Date de début d'amortissement	Amortissement			Financement prévu			Total (de 1 à 3)
						Durée	Mode	Autofinancement (1)	Subvention ou apport (2)	Montant	Taux	
	Divers matériels et logiciels	A	30 430,14	2014	01/01/2015	3	L	30 430,14				30 430,14
	Divers matériels et logiciels	II	46 703,49	2014	01/01/2015	3	L	46 703,49				46 703,49
	Divers matériels et logiciels	S	3 206,25	2014	01/01/2015	3	L	3 206,25				3 206,25
	Divers matériels	A	5 926,55	2014	01/01/2015	5	L	5 926,55				5 926,55
	Divers matériels	II	18 780,85	2014	01/01/2015	5	L	18 780,85				18 780,85
	Divers matériels	S	3 509,30	2014	01/01/2015	5	L	3 509,30				3 509,30
	Divers matériels	A	22 309,20	2014	01/01/2015	10	L	22 309,20				22 309,20
	Divers matériels	D	7 314,60	2014	01/01/2015	10	L	7 314,60				7 314,60
	Reconstruction EHPAD	II	925 395,00	2014	01/01/2017	30	L					
	Reconstruction EHPAD	II	4 417 086,00	2015	01/01/2017	30	L					
	Reconstruction EHPAD	II	5 019 250,00	2016	01/01/2017	30	L					
	Reconstruction EHPAD	II	2 445 930,00	2017	01/01/2018	30	L					
	Reconstruction EHPAD	II	238 692,00	2018	01/01/2018	30	L					
	Équipement	II	450 000,00	2017	01/01/2018	10	L					
	Domage ouvrage	II	155 081,00	2015	01/01/2018	10	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2015	01/01/2016	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2015	01/01/2016	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2016	01/01/2017	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2016	01/01/2017	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2017	01/01/2018	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2017	01/01/2018	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2018	01/01/2019	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2018	01/01/2019	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2019	01/01/2020	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2019	01/01/2020	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2020	01/01/2021	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2020	01/01/2021	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2021	01/01/2022	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2021	01/01/2022	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2022	01/01/2023	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2022	01/01/2023	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2023	01/01/2024	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2023	01/01/2024	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2024	01/01/2025	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2024	01/01/2025	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2025	01/01/2026	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2025	01/01/2026	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2026	01/01/2027	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2026	01/01/2027	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2027	01/01/2028	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2027	01/01/2028	7	L					
	Renouvellement équipement II	II	80 000,00	2028	01/01/2029	7	L					
	Renouvellement équipement autres	A	40 000,00	2028	01/01/2029	7	L					
	TOTAL		15 469 544,38					138 000,38				138 000,38

TABLEAU DES EMPRUNTS AUTORISES ET CONTRACTES

Organisme prêteur	Section	Date de souscription	Durée (années)	Taux %	Capital emprunté	Remboursements 2014		Remboursements 2015		Remboursements 2016		Remboursements 2017		Remboursements 2018	
						Capital	Intérêts	Capital	Intérêts	Capital	Intérêts	Capital	Intérêts	Capital	Intérêts
CAISSE D'EPARGNE	II			V		16 578,85	3 630,77	16 578,85	3 267,69	16 578,85	2 904,62	16 578,85	2 541,54	16 578,85	2 178,46
CAISSE D'EPARGNE	A			V		2 477,30	542,53	2 477,30	488,28	2 477,30	134,02	2 477,30	379,77	2 477,30	325,52
CAISSE D'EPARGNE	II			V		20 379,58	3 174,97	20 970,59	2 575,75	21 578,74	1 964,53	22 204,52	1 324,68	22 848,51	671,81
CAISSE D'EPARGNE	A			V		10 037,71	1 563,79	10 328,80	1 268,66	10 628,33	967,60	10 936,56	652,46	11 253,75	330,89
CAISSE FRANCAISE	II			3,54%		9 044,13	617,39	9 368,57	292,95	2 394,11	21,27				
CAISSE FRANCAISE	A			3,54%		5 087,32	347,28	5 269,82	164,78	1 346,69	11,96				
CREDIT AGRICOLE	II			5,60%		12 195,91	1 280,57	12 195,91	597,61	3 049,08	42,69				
CREDIT AGRICOLE	A			5,60%		8 130,61	853,72	8 130,61	398,40	2 032,72	28,46				
CARSAT AQUITAINE	H			0,00%		6 367,00		6 367,00		6 367,00		6 367,00		6 367,00	
CARSAT AQUITAINE	II			0,00%		2 228,00		2 228,00		2 228,00		2 228,00		2 228,00	
CARSAT AQUITAINE	A			0,00%		77,00		77,00		77,00		77,00		77,00	
RSI	A			0,00%		4 580,00		4 580,00		4 580,00		4 580,00		4 580,00	
RSI	A			0,00%		5 333,33		5 333,33		5 333,33		5 333,33		5 333,37	
TOTAL						102 516,74	12 011,02	103 905,78	9 054,12	78 671,15	6 075,15	70 782,56	4 898,45	71 743,78	3 506,68

TABLEAU DES EMPRUNTS NOUVEAUX SOUMIS A AUTORISATION

Organisme prêteur	Section	Date de mobilisation des fonds	Durée (années)	Date première échéance	Taux %	Capital emprunté	Remboursements 2014		Remboursements 2015		Remboursements 2016		Remboursements 2017		Remboursements 2018	
							Capital	Intérêts	Capital	Intérêts	Capital	Intérêts	Capital	Intérêts	Capital	Intérêts
CDC - PLS	11	01/07/2015	32	01/01/2015	2,11%	2 800 000,00	0,00	0,00	0,00	14 770,00	0,00	59 080,00	93 333,33	58 341,50	93 333,33	56 372,17
CDC - PLS	11	01/07/2016	31	01/01/2016	2,11%	3 854 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20 329,85	128 466,67	80 302,91	128 466,67	77 592,26
CDC - Phare	11	01/07/2016	31	01/01/2016	1,60%	1 800 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7 200,00	60 000,00	28 440,00	60 000,00	27 480,00
TOTAL						8 454 000,00			14 770,00		86 609,85	281 800,00	167 084,41	281 800,00	161 444,43	

TABLEAU DE REMBOURSEMENT D'EMPRUNT

Echéances constantes trimestrielles. Date de début : 01.01.2017 - Date de fin : 01.10.2046 Montant des intérêts sur la période : 2 123 540,93 € Coût total de l'emprunt : 8 777 540,93 €		Etablissement : CH RIBERAC Organisme prêteur : CDC- PLS Objet du prêt : Reconstruction Capital emprunté : 6 654 000,00 € au taux de 2,11% sur 30 ans.					
ECHEANCE	CAPITAL REMBOURSE	INTERETS	MONTANT DE L'ECHÉANCE	CAPITAL RESTANT DÙ	ANNUITE DE CAPITAL	ANNUITE D'INTERETS	ANNUITE TOTALE
01.01.2017	55 450,00	35 099,85	90 549,85	6 598 550,00			
01.04.2017	55 450,00	34 807,35	90 257,35	6 543 100,00			
01.07.2017	55 450,00	34 514,85	89 964,85	6 487 650,00			
01.10.2017	55 450,00	34 222,35	89 672,35	6 432 200,00			
01.01.2018	55 450,00	33 929,86	89 379,86	6 376 750,00	221 800,00	138 644,41	360 444,41
01.04.2018	55 450,00	33 637,36	89 087,36	6 321 300,00			
01.07.2018	55 450,00	33 344,86	88 794,86	6 265 850,00			
01.10.2018	55 450,00	33 052,36	88 502,36	6 210 400,00	221 800,00	133 964,43	355 764,43
01.01.2019	55 450,00	32 759,86	88 209,86	6 154 950,00			
01.04.2019	55 450,00	32 467,36	87 917,36	6 099 500,00			
01.07.2019	55 450,00	32 174,86	87 624,86	6 044 050,00			
01.10.2019	55 450,00	31 882,36	87 332,36	5 988 600,00	221 800,00	129 284,45	351 084,45
01.01.2020	55 450,00	31 589,87	87 039,87	5 933 150,00			
01.04.2020	55 450,00	31 297,37	86 747,37	5 877 700,00			
01.07.2020	55 450,00	31 004,87	86 454,87	5 822 250,00			
01.10.2020	55 450,00	30 712,37	86 162,37	5 766 800,00	221 800,00	124 604,47	346 404,47
01.01.2021	55 450,00	30 419,87	85 869,87	5 711 350,00			
01.04.2021	55 450,00	30 127,37	85 577,37	5 655 900,00			
01.07.2021	55 450,00	29 834,87	85 284,87	5 600 450,00			
01.10.2021	55 450,00	29 542,37	84 992,37	5 545 000,00	221 800,00	119 924,49	341 724,49
01.01.2022	55 450,00	29 249,88	84 699,88	5 489 550,00			
01.04.2022	55 450,00	28 957,38	84 407,38	5 434 100,00			
01.07.2022	55 450,00	28 664,88	84 114,88	5 378 650,00			
01.10.2022	55 450,00	28 372,38	83 822,38	5 323 200,00	221 800,00	115 244,51	337 044,51
01.01.2023	55 450,00	28 079,88	83 529,88	5 267 750,00			
01.04.2023	55 450,00	27 787,38	83 237,38	5 212 300,00			
01.07.2023	55 450,00	27 494,88	82 944,88	5 156 850,00			
01.10.2023	55 450,00	27 202,38	82 652,38	5 101 400,00	221 800,00	110 564,53	332 364,53
01.01.2024	55 450,00	26 909,89	82 359,89	5 045 950,00			
01.04.2024	55 450,00	26 617,39	82 067,39	4 990 500,00			
01.07.2024	55 450,00	26 324,89	81 774,89	4 935 050,00			
01.10.2024	55 450,00	26 032,39	81 482,39	4 879 600,00	221 800,00	105 884,55	327 684,55
01.01.2025	55 450,00	25 739,89	81 189,89	4 824 150,00			
01.04.2025	55 450,00	25 447,39	80 897,39	4 768 700,00			

TABLEAU DE REMBOURSEMENT D'EMPRUNT

Echéances constantes trimestrielles. Date de début : 01.01.2017 - Date de fin : 01.10.2046 Montant des intérêts sur la période : 2 123 540,93 € Coût total de l'emprunt : 8 777 540,93 €		Etablissement : CH RIBERAC Organisme prêteur : CDC- PLS Objet du prêt : Reconstruction Capital emprunté : 6 654 000,00 € au taux de 2,11% sur 30 ans.					
ECHEANCE	CAPITAL REMBOURSE	INTERETS	MONTANT DE L'ECHEANCE	CAPITAL RESTANT DU	ANNUITE DE CAPITAL	ANNUITE D'INTERETS	ANNUITE TOTALE
01.01.2034	55 450,00	15 209,94	70 659,94	2 827 950,00			
01.04.2034	55 450,00	14 917,44	70 367,44	2 772 500,00			
01.07.2034	55 450,00	14 624,94	70 074,94	2 717 050,00			
01.10.2034	55 450,00	14 332,44	69 782,44	2 661 600,00	221 800,00	59 084,75	280 884,75
01.01.2035	55 450,00	14 039,94	69 489,94	2 606 150,00			
01.04.2035	55 450,00	13 747,44	69 197,44	2 550 700,00			
01.07.2035	55 450,00	13 454,94	68 904,94	2 495 250,00			
01.10.2035	55 450,00	13 162,44	68 612,44	2 439 800,00	221 800,00	54 404,77	276 204,77
01.01.2036	55 450,00	12 869,95	68 319,95	2 384 350,00			
01.04.2036	55 450,00	12 577,45	68 027,45	2 328 900,00			
01.07.2036	55 450,00	12 284,95	67 734,95	2 273 450,00			
01.10.2036	55 450,00	11 992,45	67 442,45	2 218 000,00	221 800,00	49 724,79	271 524,79
01.01.2037	55 450,00	11 699,95	67 149,95	2 162 550,00			
01.04.2037	55 450,00	11 407,45	66 857,45	2 107 100,00			
01.07.2037	55 450,00	11 114,95	66 564,95	2 051 650,00			
01.10.2037	55 450,00	10 822,45	66 272,45	1 996 200,00	221 800,00	45 044,81	266 844,81
01.01.2038	55 450,00	10 529,96	65 979,96	1 940 750,00			
01.04.2038	55 450,00	10 237,46	65 687,46	1 885 300,00			
01.07.2038	55 450,00	9 944,96	65 394,96	1 829 850,00			
01.10.2038	55 450,00	9 652,46	65 102,46	1 774 400,00	221 800,00	40 364,83	262 164,83
01.01.2039	55 450,00	9 359,96	64 809,96	1 718 950,00			
01.04.2039	55 450,00	9 067,46	64 517,46	1 663 500,00			
01.07.2039	55 450,00	8 774,96	64 224,96	1 608 050,00			
01.10.2039	55 450,00	8 482,46	63 932,46	1 552 600,00	221 800,00	35 684,85	257 484,85
01.01.2040	55 450,00	8 189,97	63 639,97	1 497 150,00			
01.04.2040	55 450,00	7 897,47	63 347,47	1 441 700,00			
01.07.2040	55 450,00	7 604,97	63 054,97	1 386 250,00			
01.10.2040	55 450,00	7 312,47	62 762,47	1 330 800,00	221 800,00	31 004,87	252 804,87
01.01.2041	55 450,00	7 019,97	62 469,97	1 275 350,00			
01.04.2041	55 450,00	6 727,47	62 177,47	1 219 900,00			
01.07.2041	55 450,00	6 434,97	61 884,97	1 164 450,00			
01.10.2041	55 450,00	6 142,47	61 592,47	1 109 000,00	221 800,00	26 324,89	248 124,89
01.01.2042	55 450,00	5 849,98	61 299,98	1 053 550,00			
01.04.2042	55 450,00	5 557,48	61 007,48	998 100,00			

TABLEAU DE REMBOURSEMENT D'EMPRUNT

Echéances constantes trimestrielles. Date de début : 01.01.2017 - Date de fin : 01.10.2046 Montant des intérêts sur la période : 435 600,00 € Coût total de l'emprunt : 2 235 600,00 €		Etablissement : EHPAD - CH RIBERAC Organisme prêteur : CDC - PHARE Objet du prêt : Reconstruction de l'EHPAD Capital emprunté : 1 800 000,00 € au taux de 1,60% sur 30 ans.					
ECHEANCE	CAPITAL REMBOURSE	INTERETS	MONTANT DE L'ECHÉANCE	CAPITAL RESTANT DÛ	ANNUITE DE CAPITAL	ANNUITE D'INTERETS	ANNUITE TOTALE
01.01.2017	15 000,00	7 200,00	22 200,00	1 785 000,00			
01.04.2017	15 000,00	7 140,00	22 140,00	1 770 000,00			
01.07.2017	15 000,00	7 080,00	22 080,00	1 755 000,00			
01.10.2017	15 000,00	7 020,00	22 020,00	1 740 000,00	60 000,00	28 440,00	88 440,00
01.01.2018	15 000,00	6 960,00	21 960,00	1 725 000,00			
01.04.2018	15 000,00	6 900,00	21 900,00	1 710 000,00			
01.07.2018	15 000,00	6 840,00	21 840,00	1 695 000,00			
01.10.2018	15 000,00	6 780,00	21 780,00	1 680 000,00	60 000,00	27 480,00	87 480,00
01.01.2019	15 000,00	6 720,00	21 720,00	1 665 000,00			
01.04.2019	15 000,00	6 660,00	21 660,00	1 650 000,00			
01.07.2019	15 000,00	6 600,00	21 600,00	1 635 000,00			
01.10.2019	15 000,00	6 540,00	21 540,00	1 620 000,00	60 000,00	26 520,00	86 520,00
01.01.2020	15 000,00	6 480,00	21 480,00	1 605 000,00			
01.04.2020	15 000,00	6 420,00	21 420,00	1 590 000,00			
01.07.2020	15 000,00	6 360,00	21 360,00	1 575 000,00			
01.10.2020	15 000,00	6 300,00	21 300,00	1 560 000,00	60 000,00	25 560,00	85 560,00
01.01.2021	15 000,00	6 240,00	21 240,00	1 545 000,00			
01.04.2021	15 000,00	6 180,00	21 180,00	1 530 000,00			
01.07.2021	15 000,00	6 120,00	21 120,00	1 515 000,00			
01.10.2021	15 000,00	6 060,00	21 060,00	1 500 000,00	60 000,00	24 600,00	84 600,00
01.01.2022	15 000,00	6 000,00	21 000,00	1 485 000,00			
01.04.2022	15 000,00	5 940,00	20 940,00	1 470 000,00			
01.07.2022	15 000,00	5 880,00	20 880,00	1 455 000,00			
01.10.2022	15 000,00	5 820,00	20 820,00	1 440 000,00	60 000,00	23 640,00	83 640,00
01.01.2023	15 000,00	5 760,00	20 760,00	1 425 000,00			
01.04.2023	15 000,00	5 700,00	20 700,00	1 410 000,00			
01.07.2023	15 000,00	5 640,00	20 640,00	1 395 000,00			
01.10.2023	15 000,00	5 580,00	20 580,00	1 380 000,00	60 000,00	22 680,00	82 680,00
01.01.2024	15 000,00	5 520,00	20 520,00	1 365 000,00			
01.04.2024	15 000,00	5 460,00	20 460,00	1 350 000,00			
01.07.2024	15 000,00	5 400,00	20 400,00	1 335 000,00			
01.10.2024	15 000,00	5 340,00	20 340,00	1 320 000,00	60 000,00	21 720,00	81 720,00
01.01.2025	15 000,00	5 280,00	20 280,00	1 305 000,00			
01.04.2025	15 000,00	5 220,00	20 220,00	1 290 000,00			

TABLEAU DE REMBOURSEMENT D'EMPRUNT

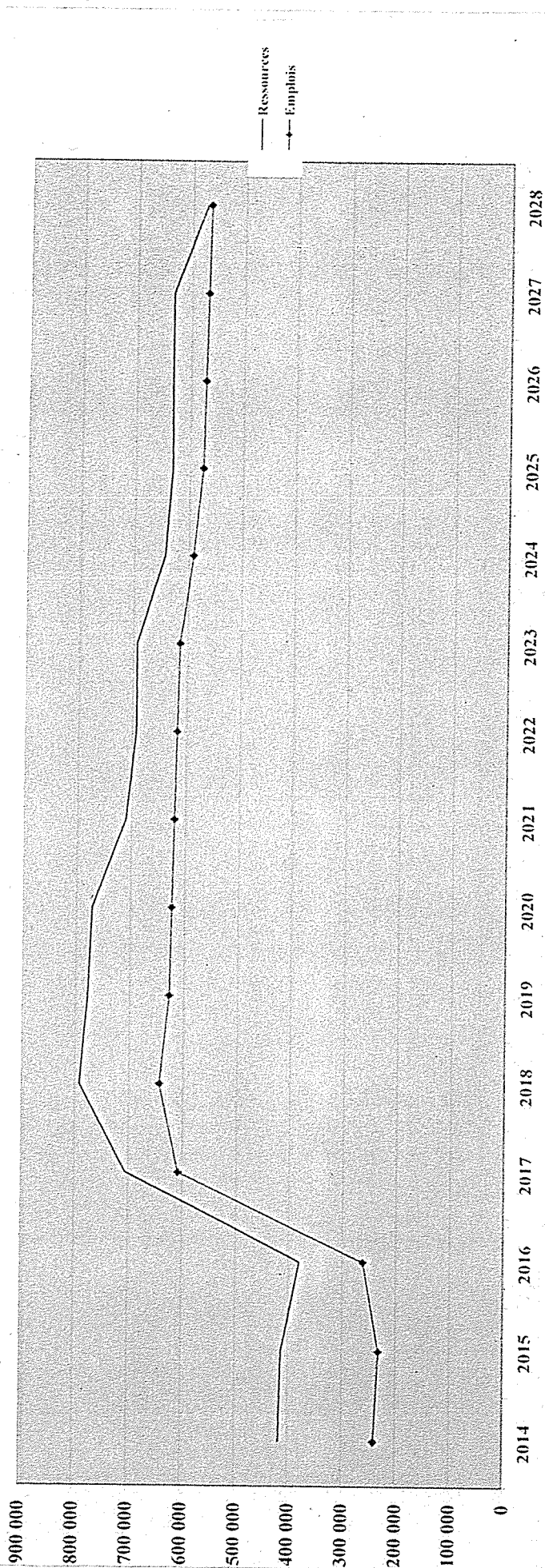
Etablissement : EHPAD - CH RIBERAC Organisme prêteur : CDC - PHARE Objet du prêt : Reconstruction de l'EHPAD Capital emprunté : 1 800 000,00 € au taux de 1,60% sur 30 ans.		Echéances constantes trimestrielles. Date de début : 01.01.2017 - Date de fin : 01.10.2046 Montant des intérêts sur la période : 435 600,00 € Coût total de l'emprunt : 2 235 600,00 €				
ECHEANCE	CAPITAL REMBOURSE	INTERETS	MONTANT DE L'EACHEANCE	CAPITAL RESTANT DÙ	ANNUITE D'INTERETS	ANNUITE TOTALE
01.01.2034	15 000,00	3 120,00	18 120,00	765 000,00		
01.04.2034	15 000,00	3 060,00	18 060,00	750 000,00		
01.07.2034	15 000,00	3 000,00	18 000,00	735 000,00		
01.10.2034	15 000,00	2 940,00	17 940,00	720 000,00		
01.01.2035	15 000,00	2 880,00	17 880,00	705 000,00	12 120,00	72 120,00
01.04.2035	15 000,00	2 820,00	17 820,00	690 000,00		
01.07.2035	15 000,00	2 760,00	17 760,00	675 000,00		
01.10.2035	15 000,00	2 700,00	17 700,00	660 000,00		
01.01.2036	15 000,00	2 640,00	17 640,00	645 000,00	11 160,00	71 160,00
01.04.2036	15 000,00	2 580,00	17 580,00	630 000,00		
01.07.2036	15 000,00	2 520,00	17 520,00	615 000,00		
01.10.2036	15 000,00	2 460,00	17 460,00	600 000,00		
01.01.2037	15 000,00	2 400,00	17 400,00	585 000,00	10 200,00	70 200,00
01.04.2037	15 000,00	2 340,00	17 340,00	570 000,00		
01.07.2037	15 000,00	2 280,00	17 280,00	555 000,00		
01.10.2037	15 000,00	2 220,00	17 220,00	540 000,00		
01.01.2038	15 000,00	2 160,00	17 160,00	525 000,00	9 240,00	69 240,00
01.04.2038	15 000,00	2 100,00	17 100,00	510 000,00		
01.07.2038	15 000,00	2 040,00	17 040,00	495 000,00		
01.10.2038	15 000,00	1 980,00	16 980,00	480 000,00		
01.01.2039	15 000,00	1 920,00	16 920,00	465 000,00	8 280,00	68 280,00
01.04.2039	15 000,00	1 860,00	16 860,00	450 000,00		
01.07.2039	15 000,00	1 800,00	16 800,00	435 000,00		
01.10.2039	15 000,00	1 740,00	16 740,00	420 000,00		
01.01.2040	15 000,00	1 680,00	16 680,00	405 000,00	7 320,00	67 320,00
01.04.2040	15 000,00	1 620,00	16 620,00	390 000,00		
01.07.2040	15 000,00	1 560,00	16 560,00	375 000,00		
01.10.2040	15 000,00	1 500,00	16 500,00	360 000,00		
01.01.2041	15 000,00	1 440,00	16 440,00	345 000,00	6 360,00	66 360,00
01.04.2041	15 000,00	1 380,00	16 380,00	330 000,00		
01.07.2041	15 000,00	1 320,00	16 320,00	315 000,00		
01.10.2041	15 000,00	1 260,00	16 260,00	300 000,00		
01.01.2042	15 000,00	1 200,00	16 200,00	285 000,00	5 400,00	65 400,00
01.04.2042	15 000,00	1 140,00	16 140,00	270 000,00		

TABLEAU DE SURCOUTS D'EXPLOITATION

Surcoûts ou économies sur les amortissements et frais financiers du GROUPE III	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Amortissements de l'exercice précédent la première année du plan (2013)</i>	212 000	212 000	212 000	212 000	212 000	212 000
Amortissements sur acquisitions américaines à la 1 ^{ère} année du plan	193 852	169 490	154 196	150 011	121 088	109 604
Amortissements des nouveaux investissements		19 324	30 753	387 571	533 427	544 856
Amortissements des charges à répartir						
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)	-18 148	-23 186	-27 051	325 583	442 515	442 460
<i>Frais financiers de l'exercice précédent la première année du plan (2013)</i>	13 767	13 767	13 767	13 767	13 767	13 767
Frais financiers sur emprunts américains à la 1 ^{ère} année du plan	8 704	6 734	4 933	3 866	2 850	1 815
Frais financiers sur emprunts nouveaux		14 770	86 610	167 084	161 444	155 804
Frais de ligne de trésorerie		7 500		20 000	7 500	2 500
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)	-5 063	15 237	77 776	177 184	158 028	146 353
Surcoûts ou économies sur le TITRE 1	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Charges afférentes à l'exploitation courante						
- Personnel extérieur						
- Personnel titulaire						
- Ecart sur tarification entre 2013 et 2014	-14 647	-14 647	-14 647	-14 647	-14 647	-14 647
Surcoûts ou économies sur le TITRE 3	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Charges afférentes au personnel						
- Consommables						
- Ecart sur tarification entre 2013 et 2014	59 618	59 618	59 618	59 618	59 618	59 618
Surcoûts ou économies sur le TITRE 4	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Autres charges afférentes à la structure (hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)						
- Autres charges de gestion courante	80 000	150 000	230 000	0	0	0
- Constitution de provision	10 898					
- Ecart sur tarification entre 2013 et 2014						
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES	112 659	187 023	325 696	547 737	645 514	633 784
calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan						
Variations des recettes en atténuation	2014	2015	2016	2017	2018	2019
- Amortissement des subventions	0	0	14 948	41 615	78 948	104 533
- Reprise sur provision	0	0	0	90 000	120 000	80 000
- Reprise sur 142 - Couverture des frais financiers	0	8 327	48 831	94 202	91 022	87 842
- Ecart sur tarification entre 2013 et 2014	29 350	29 350	29 350	29 350	29 350	29 350
TOTAL DES RECETTES EN ATTENUATION	29 350	37 677	93 128	255 167	319 320	301 726
Neutralisation des charges et produits non reconductibles du budget 2013	-50 000	-50 000	-50 000	-50 000	-50 000	-50 000
Variations du résultat						
Incidence sur le prix de journée						
Nombre de journées (51 502 journées en 2013)	51 502	51 523	51 523	51 523	51 523	51 523
Prix de journée en € (47,12 € en 2013)	47,76	49,02	50,64	51,80	52,46	52,57
Evolution du prix de journée en € (par rapport à la première année du plan)	+0,65	+1,91	+3,52	+4,69	+5,34	+5,46
Evolution du prix de journée en % (par rapport à la première année du plan)	+1,37%	+4,05%	+7,48%	+9,95%	+11,34%	+11,58%
Evolution du prix de journée en % (d'année en année)	+1,37%	+2,64%	+3,29%	+2,30%	+1,26%	+0,22%

Equilibre de la Section d'Investissement sur 15 ans

Année	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Amortissements antérieurs	417 321	378 048	327 425	290 800	236 666	205 101	186 879	108 537	74 082	74 705	24 331	16 340	17 622	17 622	17 622
Amortissements nouveaux	0	35 386	52 529	415 061	555 420	572 563	584 062	601 205	618 348	618 348	618 348	615 386	615 386	615 386	554 877
Ressources	417 321	413 434	379 953	705 861	792 086	777 664	770 941	709 742	692 430	693 053	642 679	631 725	633 007	633 007	572 499
Capital des emprunts	102 317	103 906	78 671	352 583	353 544	314 108	314 108	314 108	314 108	314 108	295 052	281 800	281 800	281 800	281 800
Amortissement subvention	0	0	14 948	41 615	78 948	104 533	104 533	104 533	104 533	104 533	104 533	104 533	104 533	104 533	104 533
Reprise sur 142	0	8 327	48 831	94 202	91 022	87 842	84 663	81 483	78 303	75 123	71 943	68 764	65 584	62 404	59 224
Investissements	138 180	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000
Emplois	240 697	232 233	262 450	608 399	643 514	626 484	623 304	620 124	616 944	613 765	591 529	575 097	571 917	568 737	565 557
Différence	176 624	181 201	117 504	97 462	148 572	151 180	147 637	89 618	75 486	79 288	51 150	56 629	61 090	64 270	6 942



**Fiche de situation
au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux**

<i>Identification de l'entité juridique</i>		
N° FINESS EJ : 24 001 605 5	CH INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE CHI RIBERAC DRONNE DOUBLE	
	R	JEAN MOULIN
	BP 52	
	24600	RIBERAC
	Téléphone : 05 53 92 55 55	Télécopie : 05 53 92 56 31
	Email : secdirection1@chicrdd.fr	
Raison sociale complète :	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE	
Commune INSEE :	24 352 RIBERAC	
SIREN : 200 052 934	Statut : 14 Etb.Pub.Intcom.Hosp.	Date de fin :

<i>Identification de l'établissement</i>		
N° FINESS ET : 24 001 118 9	FAM LA MEYNARDIE CHI RIBERAC DRONNE DOUBLE	
	24410	ST PRIVAT EN PERIGORD
	Téléphone : 05 53 92 48 00	Télécopie : 05 53 92 52 53
	Email : jm.ramart@chicrdd.fr	
Raison sociale complète :	FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE LA MEYNARDIE	
Catégorie :	437 F.A.M.	Dates :
Agrégat de catégorie :	4301 Héberg.Adultes Handi	Autorisation : 11/10/2004
Mode de tarif :	09 ARS PCD mixte HAS	Caducité :
Serv public hosp :		Ouverture : 01/01/2005
		Fermeture :
Commune INSEE :	24 490 SAINT PRIVAT EN PERIGORD	Convention
Établissement de rattachement :		Date de Convention
N° FINESS :		
Raison sociale :		
SIRET : 200 052 934 00078	N° Education Nationale :	

Pour tout renseignement vous pouvez
vous adresser au service suivant :

ARS NOUVELLE-AQUITAINE
ESPACE RODESSE
103 B R BELLEVILLE
CS 91704
33063 BORDEAUX CEDEX
Téléphone : 05 57 01 44 00 Télécopie : 05 57 01 44 09

Entité juridique :	CH INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE	Statut	DORDOGNE
N° FINESS :	24 001 605 5	14 Etablissement Public Intercommunal d'Hospi RIBERAC	
Établissement :	FAM LA MEYNARDIE	Catégorie	DORDOGNE
N° FINESS :	24 001 118 9	437 Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Hé SAINT PRIVAT EN PERIGORD	
N° SIRET :	200 052 934 00078		

AUTORISATION

Discipline 939 Accueil médicalisé pour adultes handicapés
Mode de fonctionnement 11 Hébergement Complet Internat
Clientèle 200 Difficultés psychologiques avec troubles du comportement

Date de 1ère autorisation 05/11/2004 **Nbre de lits ou places** 30
Dernière décision 01/01/2005
Age mini Homme
Age maxi Femme
 Habilités aide sociale

INSTALLATION

Date de constat 07/06/2006 **Nbre de lits ou places** 30
Age mini dont Homme
Age maxi Femme
Source de l'information Interrogation de l'ET
 Habilités aide sociale

**Fiche de situation
au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux**

Identification de l'entité juridique		
N° FINESS EJ : 24 001 605 5	CH INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE CHI RIBERAC DRONNE DOUBLE	
	R	JEAN MOULIN
	BP 52	
	24600	RIBERAC
	Téléphone : 05 53 92 55 55	Télécopie : 05 53 92 56 31
	Email : secdirection1@chicrdd.fr	
Raison sociale complète :	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE	
Commune INSEE :	24 352 RIBERAC	
SIREN : 200 052 934	Statut : 14 Etb.Pub.Intcom.Hosp.	Date de fin :

Identification de l'établissement		
N° FINESS ET : 24 000 768 2	EHPAD DE RIBERAC CHI RIBERAC DRONNE DOUBLE	
	R	JEAN MOULIN
	BP 52	
	24600	RIBERAC
	Téléphone : 05 53 92 55 55	Télécopie : 05 53 92 56 32
	Email : secdirection1@chicrdd.fr	
Raison sociale complète :	EHPAD DE RIBERAC	
Catégorie :	500 EHPAD	Dates :
Agrégat de catégorie :	4401 Héberg.Pers.Agées	Autorisation : 03/01/2017
Mode de tarif :	44 ARS TP HAS PUI	Caducité :
Serv public hosp :		Ouverture : 30/09/1987
Commune INSEE :	24 352 RIBERAC	Fermeture :
Établissement de rattachement :		Convention Date de Convention
N° FINESS :		
Raison sociale :		
SIRET : 200 052 934 00052	N° Education Nationale :	

*Pour tout renseignement vous pouvez
vous adresser au service suivant :*

ARS NOUVELLE-AQUITAINE
 ESPACE RODESSE
 103 B R BELLEVILLE
 CS 91704
 33063 BORDEAUX CEDEX
 Téléphone : 05 57 01 44 00 Télécopie : 05 57 01 44 09

Entité juridique : CH INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE Statut DORDOGNE
N° FINESS : 24 001 605 5 14 Etablissement Public Intercommunal d'Hospi RIBERAC
Établissement : EHPAD DE RIBERAC Catégorie DORDOGNE
N° FINESS : 24 000 768 2 500 Etablissement d'hébergement pour personne RIBERAC
N° SIRET : 200 052 934 00052

AUTORISATION

INSTALLATION

Discipline	Date de 1ère autorisation	Nbre de lits ou places	Date de constat	Nbre de lits ou places
657 Accueil temporaire pour Personnes Âgées Mode de fonctionnement 11 Hébergement Complet Internat Clientèle 711 Personnes Âgées dépendantes	03/01/2017 Dernière décision 03/01/2017 Age mini Age maxi	6 dont Homme Femme Habilités aide sociale 0	09/08/2011 Age mini Age maxi Source de l'information Arrêté	6 dont Homme Femme Habilités aide sociale 0
924 Accueil pour Personnes Âgées Mode de fonctionnement 11 Hébergement Complet Internat Clientèle 711 Personnes Âgées dépendantes	03/01/2017 Dernière décision 03/01/2017 Age mini Age maxi	130 dont Homme Femme Habilités aide sociale 130	27/08/2017 Age mini Age maxi Source de l'information Arrêté	130 dont Homme Femme Habilités aide sociale 130
924 Accueil pour Personnes Âgées Mode de fonctionnement 21 Accueil de Jour Clientèle 711 Personnes Âgées dépendantes	03/01/2017 Dernière décision 03/01/2017 Age mini Age maxi	6 dont Homme Femme Habilités aide sociale 0	09/08/2011 Age mini Age maxi Source de l'information Arrêté	6 dont Homme Femme Habilités aide sociale 0
961 Pôles d'activité et de soins adaptés Mode de fonctionnement 21 Accueil de Jour Clientèle 436 Personnes Alzheimer ou maladies apparentées	25/08/2017 Dernière décision 25/08/2017 Age mini Age maxi	Nbre de lits ou places dont Homme Femme Habilités aide sociale	20/09/2017 Age mini Age maxi Source de l'information Labellisation	Nbre de lits ou places dont Homme Femme Habilités aide sociale

**Fiche de situation
au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux**

<i>Identification de l'entité juridique</i>		
N° FINESS EJ : 24 001 605 5	CH INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE CHI RIBERAC DRONNE DOUBLE	
	R	JEAN MOULIN
	BP 52	
	24600	RIBERAC
	Téléphone : 05 53 92 55 55	Télécopie : 05 53 92 56 31
	Email : secdirection1@chicrdd.fr	
Raison sociale complète :	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE	
Commune INSEE :	24 352 RIBERAC	
SIREN : 200 052 934	Statut : 14 Etb.Pub.Intcom.Hosp.	Date de fin :

<i>Identification de l'établissement</i>																																																				
N° FINESS ET : 24 000 770 8	EHPAD DE ST-AULAYE CHI RIBERAC DRONNE DOUBLE																																																			
	2	R DU DOCTEUR PAUL BROQUAIRE																																																		
	BP 13																																																			
	24410	ST AULAYE PUYMANGOU																																																		
	Téléphone : 05 53 92 43 00	Télécopie : 05 53 92 43 07																																																		
	Email : secdirection1@chicrdd.fr																																																			
Raison sociale complète :	EHPAD DE ST-AULAYE																																																			
<table border="1"> <tr> <td>Catégorie :</td> <td>500</td> <td>EHPAD</td> <td>Dates :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Agrégat de catégorie :</td> <td>4401</td> <td>Héberg.Pers.Agées</td> <td>Autorisation :</td> <td>03/01/2017</td> </tr> <tr> <td>Mode de tarif :</td> <td>44</td> <td>ARS TP HAS PUI</td> <td>Caducité :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Serv public hosp :</td> <td></td> <td></td> <td>Ouverture :</td> <td>03/03/1975</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Fermeture :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Commune INSEE :</td> <td>24 376</td> <td>SAINT AULAYE-PUYMANGOU</td> <td>Convention</td> <td>Date de Convention</td> </tr> <tr> <td>Établissement de rattachement :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N° FINESS :</td> <td>24 000 768 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raison sociale :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIRET : 200 052 934 00060</td> <td colspan="4">N° Education Nationale :</td> </tr> </table>			Catégorie :	500	EHPAD	Dates :		Agrégat de catégorie :	4401	Héberg.Pers.Agées	Autorisation :	03/01/2017	Mode de tarif :	44	ARS TP HAS PUI	Caducité :		Serv public hosp :			Ouverture :	03/03/1975				Fermeture :		Commune INSEE :	24 376	SAINT AULAYE-PUYMANGOU	Convention	Date de Convention	Établissement de rattachement :					N° FINESS :	24 000 768 2				Raison sociale :					SIRET : 200 052 934 00060	N° Education Nationale :			
Catégorie :	500	EHPAD	Dates :																																																	
Agrégat de catégorie :	4401	Héberg.Pers.Agées	Autorisation :	03/01/2017																																																
Mode de tarif :	44	ARS TP HAS PUI	Caducité :																																																	
Serv public hosp :			Ouverture :	03/03/1975																																																
			Fermeture :																																																	
Commune INSEE :	24 376	SAINT AULAYE-PUYMANGOU	Convention	Date de Convention																																																
Établissement de rattachement :																																																				
N° FINESS :	24 000 768 2																																																			
Raison sociale :																																																				
SIRET : 200 052 934 00060	N° Education Nationale :																																																			

*Pour tout renseignement vous pouvez
vous adresser au service suivant :*

ARS NOUVELLE-AQUITAINE
 ESPACE RODESSE
 103 B R BELLEVILLE
 CS 91704
 33063 BORDEAUX CEDEX
 Téléphone : 05 57 01 44 00 Télécopie : 05 57 01 44 09

Entité juridique : CH INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE DORDOGNE
N° FINESS : 24 001 605 5 14 Etablissement Public Intercommunal d'Hospi RIBERAC
Établissement : EHPAD DE ST-AULAYE DORDOGNE
N° FINESS : 24 000 770 8 500 Etablissement d'hébergement pour personne SAINT AULAYE-PUYMANGOU
N° SIRET : 200 052 934 00060

AUTORISATION

Discipline	924 Accueil pour Personnes Âgées
Mode de fonctionnement	11 Hébergement Complet Internat
Clientèle	711 Personnes Âgées dépendantes
Discipline	961 Pôles d'activité et de soins adaptés
Mode de fonctionnement	21 Accueil de Jour
Clientèle	436 Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

INSTALLATION

Date de 1ère autorisation	03/01/2017	Nbre de lits ou places	103
Dernière décision	03/01/2017	dont	
Age mini		Homme	
Age maxi		Femme	
		Habillés aide sociale	103
Date de constat	31/12/2007	Nbre de lits ou places	103
Age mini		dont	
Age maxi		Homme	
Source de l'information	Enquête statistique	Femme	
		Habillés aide sociale	103
Date de constat	06/10/2017	Nbre de lits ou places	
Age mini		dont	
Age maxi		Homme	
Source de l'information	Autre	Femme	
		Habillés aide sociale	

**Fiche de situation
au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux**

<i>Identification de l'entité juridique</i>		
N° FINESS EJ : 24 001 605 5	CH INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE CHI RIBERAC DRONNE DOUBLE	
	R	JEAN MOULIN
	BP 52	
	24600	RIBERAC
	Téléphone : 05 53 92 55 55	Télécopie : 05 53 92 56 31
	Email : secdirection1@chicrdd.fr	
Raison sociale complète :	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE	
Commune INSEE :	24 352 RIBERAC	
SIREN : 200 052 934	Statut : 14 Etb.Pub.Intcom.Hosp.	Date de fin :

<i>Identification de l'établissement</i>			
N° FINESS ET : 24 001 513 1	EHPAD LA MEYNARDIE CHI RIBERAC DRONNE DOUBLE		
	24410	ST PRIVAT EN PERIGORD	
	Téléphone : 05 53 92 48 00	Télécopie : 05 53 90 17 91	
	Email : secdirection1@chicrdd.fr		
Raison sociale complète :	EHPAD LA MEYNARDIE		
Catégorie :	500 EHPAD	Dates :	
Agrégat de catégorie :	4401 Héberg.Pers.Agées	Autorisation :	
Mode de tarif :	44 ARS TP HAS PUI	Caducité :	
Serv public hosp :		Ouverture :	
Commune INSEE :	24 490 SAINT PRIVAT EN PERIGORD	Fermeture :	
Établissement de rattachement :		Convention	Date de Convention
N° FINESS :	24 000 768 2		
Raison sociale :			
SIRET : 200 052 934 00045	N° Education Nationale :		

Pour tout renseignement vous pouvez vous adresser au service suivant :

ARS NOUVELLE-AQUITAINE
 ESPACE RODESSE
 103 B R BELLEVILLE
 CS 91704
 33063 BORDEAUX CEDEX
 Téléphone : 05 57 01 44 00 Télécopie : 05 57 01 44 09

Entité juridique : CH INTERCOMMUNAL RIBERAC DRONNE DOUBLE Statut DORDOGNE
N° FINESS : 24 001 605 5 14 Etablissement Public Intercommunal d'Hospi RIBERAC
Établissement : EHPAD LA MEYNARDIE Catégorie DORDOGNE
N° FINESS : 24 001 513 1 500 Etablissement d'hébergement pour personne SAINT PRIVAT EN PERIGORD
N° SIRET : 200 052 934 00045

AUTORISATION

Discipline 924 Accueil pour Personnes Âgées
Mode de fonctionnement 11 Hébergement Complet Internat
Clientèle 711 Personnes Âgées dépendantes

Date de 1ère autorisation 01/01/2012 **Nbre de lits ou places** 60
Dernière décision 01/01/2012 dont
 Age mini Homme
 Age maxi Femme
 Habilités aide sociale 60

INSTALLATION

Date de constat 28/03/2012 **Nbre de lits ou places** 60
 Age mini dont
 Age maxi Homme
 Source de l'information Visite de Femme
 conformité Habilités aide sociale 60



**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS
ET DE MOYENS UNIQUE 2019-2023
DES EHPAD PARROT ET BEAUFORT-MAGNE
DU CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX**

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

Le Centre Hospitalier de Périgueux

Sommaire :

Contenu

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 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM.....	10
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence.....	11
4.4 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	12
4.5 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM.....	12
4.6 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)	13
4.7 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM	13
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	13
1) Le suivi et l'évaluation du contrat.....	13
2) Le traitement des litiges.....	15
3) La révision du contrat	15
4) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM	15
5) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM	15
6) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD.....	15
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM	16

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens conclu

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le présent contrat :

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, représentée par Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur Général, dénommée ci-après l'Agence Régionale de Santé ;

Le Département de la Dordogne, représenté par Monsieur Germinal PEIRO, Président, dénommé ci-après le Département ;

Et

Le Centre Hospitalier de Périgueux, établissement public hospitalier, 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 M. Thierry LEFEBVRE, Directeur du Centre Hospitalier de Périgueux, ci-après dénommé le Centre Hospitalier de Périgueux

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 2018-2028 ;

Vu le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2018-2028 ;

Vu l'arrêté n° 2016-84/DOSA/CD et n° SPAE-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 (Région Nouvelle-Aquitaine) ;

Vu la délibération du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Périgueux en date du 7 décembre 2018, 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 3 septembre 2018 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 le Centre Hospitalier de Périgueux 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 le Centre Hospitalier de Périgueux 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 EHPAD Parrot et Beaufort-Magne du Centre Hospitalier de Périgueux ;
- 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

1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire
 - Numéro de l'entité juridique dans le répertoire FINESS : 24 000 011 7
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : **Etablissement Public de Santé**
 - Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire : Voir Annexe 8
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire :

Le Centre hospitalier de Périgueux est l'établissement de santé public de référence pour le territoire du Périgord. Son offre des soins comporte l'essentiel des spécialités médicales et chirurgicales et d'hospitalisation et hébergement :

- Structure des urgences et SAMU / SMUR / CRRA 15
- Spécialités médicales en médecine interne, diabétologie, endocrinologie, neurologie, gastro-entérologie, dermatologie, pneumologie, pédiatrie, néonatalogie, rhumatologie, hématologie, oncologie, réanimation médico-chirurgicale, cardiologie, angioplastie et coronarographie ;
- Chirurgie viscérale et digestive, thoracique, vasculaire, urologique, orthopédique et traumatologique, gynécologique, ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique, odontologique et chirurgie du rachis ;
- Activité de gynécologie-obstétrique (maternité de niveau 2B) et de Procréation Médicale Assistée (PMA) ;
- Psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile ;
- Soins de Suite et de Réadaptation (dont un secteur spécialisé en cardiologie et un en gériatrie) ;
- 2 EHPAD, 1 USLD.
- Organigramme de l'entité gestionnaire : Voir Annexe 9
- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat :
 - EHPAD Hospitalier BEAUFORT-MAGNE
 - EHPAD Hospitalier PARROT
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
- Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat
 - o EHPAD Beaufort-Magne : Arrêté préfectoral 27.07.1992 et suivants
 - o EHPAD Parrot : Arrêté préfectoral 27.07.1992 et suivants
- 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 :
 - o Le schéma directeur de la reconstruction-restructuration gérontologique sera traité par avenant et intégrera le nouveau PPI de manière réglementaire : Elaboration et mise en œuvre du schéma directeur du site historique (Pavillons Acacias, Bouleaux, Cèdres et Douglas) : Annexe 3 - Fiche Projet.
- 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 :
 - o EHPAD Beaufort-Magne : 24 000 439 0
 - o EHPAD Parrot : 24 000 440 8

- Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (articles L.342-3-1 et L.313-8-1 du code de l'action sociale et des familles) (Annexe 5)
- Pour les EHPAD habilités à 100% et ne relevant pas de l'article L.342-3-1 du CASF :

« L'EHPAD Beaufort-Magne est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté conjoint du Conseil Général et de l'ARS d'Aquitaine en date du 1^{er} janvier 2012 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (324 lits).

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 ».

« L'EHPAD Parrot est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté conjoint du Conseil Général et de l'ARS d'Aquitaine en date du 1^{er} janvier 2012 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (163 lits).

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 ».

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

Le présent contrat permet au gestionnaire de regrouper en un document unique les obligations contractuelles auxquelles il est soumis. Il est décidé de créer un CPOM Unique pour les 2 EHPAD hospitaliers Parrot et Beaufort-Magne.

A l'issue de la signature, un processus de rapprochement des deux autorisations sera engagé pour une prise d'effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Par ailleurs, le Centre Hospitalier de Périgueux est un établissement de santé signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.6114-1 du code de la santé publique (« CPOM sanitaire »). Les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Il est ajouté en annexe du présent contrat les éléments du CPOM sanitaire susceptibles d'éclairer la situation des EHPAD Beaufort-Magne et Parrot (Annexe n° 7).

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 :**

- Participer activement à l'accompagnement du parcours de la personne âgée sur le territoire ;
- Partager l'expertise sur l'accompagnement des malades d'Alzheimer et apparentés et remplir le rôle et la fonction d'acteur médico-social de référence en lien et complémentarité avec les autres acteurs et structures au profit d'une amélioration dans la prise en charge de la personne âgée sur le territoire par un parcours coordonné des acteurs autour et avec elle ;
- S'impliquer dans le dispositif de plateforme territoriale d'appui, et la filière gériatrique.

Le pôle EHPAD du CHP s'inscrit tout particulièrement dans ce cadre territorial avec l'expérimentation du dispositif de prévention primaire (consultation de dépistage des fragilités de la personne âgée) du Centre de Ressources EHPAD à pérenniser et déployer.

- **Axe 2. : Repositionnement de l'offre et innovations :**

- Elaborer un schéma directeur de restructuration architecturale. En effet, au Pavillon les Douglas accueillant 132 résidents, la partie structurelle de l'hôtellerie ne permet plus une prestation adaptée aux nouveaux besoins des résidents ;
- Créer de nouvelles offres de répit et de jour dans ce cadre, afin de mieux répondre à l'évolution des attentes des personnes âgées du territoire et aidants à domicile ;

- Adapter les prises en charges pour apporter une réponse aux demandes d'accueil particulières telles que l'accueil de personnes handicapées psychiques vieillissantes, mais aussi les personnes handicapées mentales vieillissantes, en partenariat avec les acteurs médico-sociaux accompagnant ces populations.

- **Axe 3. : Prévention, qualité et sécurité des soins**

En appui des nouvelles orientations de plan national de santé et en cohérence avec le projet médical partagé du GHT dans son volet prévention et promotion de la santé :

- Appuyer la politique de prévention dans le cadre de l'accompagnement en soins des résidents pour amoindrir les risques spécifiques (chutes, escarres, dénutrition...);
- Renforcer la garantie d'une prise en soins de qualité notamment à travers l'informatisation du dossier du résident par une coordination facilitée et plus efficiente des soignants et autres acteurs autour et avec le résident et sa famille ;
- Développer une politique de thérapies non médicamenteuses en complément d'une approche professionnelle accompagnante Montessori ;
- Poursuivre la sécurisation du circuit du médicament ;
- Améliorer de l'accueil du résident et de ses aidants.

- **Axe 4. : Personnaliser l'accompagnement**

- Optimiser la dynamique déjà opérationnelle du PPA pour l'ensemble des acteurs de l'EHPAD par l'informatisation du dossier résident ;
- Préserver la continuité d'une vie sociale et citoyenne du résident et impliquer les aidants dans ce parcours en les accompagnant dans la démarche d'entrée en institution de leurs proches.

- **Axe 5. : Performance et management de la qualité**

En appui du Centre Hospitalier de Périgueux auquel le pôle EHPAD est rattaché, et des fonctions managériales assurées pour partie par ces services et instances mutualisées, gage d'efficacité globale, la spécificité d'identité médico-sociale sera affirmée dans ses composantes de pilotage stratégique et opérationnel par une lisibilité des dimensions financière, informatique et de pilotage des ressources humaines notamment.

L'objectif est d'assurer des compétences adaptées aux populations accueillies et améliorer la qualité de vie au travail (fidélisation des agents, agents formés, diminuer les impacts d'un absentéisme important dans le milieu des EHPAD).

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.

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.

Le financement des EHPAD Parrot et Beaufort-Magne du Centre Hospitalier de Périgueux, entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le CPOM s'inscrit dans la mise en œuvre de la réforme tarifaire, applicable depuis le 1er janvier 2017 pour les EHPAD et les petites unités de vie (PUV) tarifées au GMPS.

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressource par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis. Les financements destinés à couvrir les charges des lits d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires peuvent être mis en place pour financer :

- d'une part, les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés...)
- Accompagner, d'autre part, les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge de 7 ans (2017-2023) durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

Il ne peut être dérogé à ce rythme de convergence dans le cadre du CPOM.

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

4.1.1 - Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R.314-159 du CASF)

Le forfait global relatif aux soins 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.

Il comprend :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré (GMP) validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le tarif global avec PUI, pour chacun des EHPAD Parrot et Beaufort-Magne
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution, ...).

Dans ce cadre, lors d'une nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Les valeurs GMP / PMP de l'EHPAD Beaufort-Magne ont été actualisées respectivement en mai et juin 2018. Le GMP, validé le 24/05/2018, s'établit ainsi à 864, tandis que le PMP, validé le 12/06/2018, est évalué à 267. Il en résulte une dotation reconductible cible estimée à 6 602 292 € au 1^{er} janvier 2019, soit une convergence positive à hauteur de 1 100 467 € sur 5 ans à compter de 2019.

Les valeurs GMPS pour l'EHPAD Parrot ont été validées le 25/05/2018. Le GMP s'établit à 689, tandis que le PMP est évalué à 191. Il en résulte une dotation reconductible cible estimée à 2 527 533 € au 1^{er} janvier 2019, soit une convergence positive à hauteur de 336 435 € sur 5 ans à compter de 2019.

Pour rappel, toute évolution réglementaire modifiant les objectifs et les moyens du CPOM peut donner lieu à la révision du présent contrat par voie d'avenant.

Le montant du forfait global de soins peut être modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon les modalités prévues par l'article R.314-160 du CASF.

Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (R.314-161 du CASF).

La mise en œuvre de ces modalités sera précisée, le cas échéant, dans le Rapport d'Orientation Budgétaire.

La DGC propre aux établissements et services, financés 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) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

4.1.2 - Une DGC propre aux établissements et services, financés par le Département composée du forfait global relatif à la dépendance (R.314-172 du CASF)

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.

4.1.3 – La tarification de l'hébergement

Le Tarif Hébergement est fixé pour 5 ans dans le présent contrat dans les conditions des articles R.314-179 et suivants du CASF. Il est calculé en divisant le montant des charges nettes d'exploitation afférentes à l'hébergement par la moyenne, sur les trois années qui précèdent l'exercice, du nombre effectif de journées de personnes accueillies dans l'établissement, sauf si l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans ou en cas de circonstances particulières.

Ainsi, pour les EHPAD Beaufort-Magne et Parrot du Centre Hospitalier de Périgueux, la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat, soit **8 399 558,05 €** pour la section hébergement.

Au titre de la fusion des budgets des deux EHPAD un seul arrêté annuel de tarification sera pris par le Président du Conseil départemental, comportant des tarifs différenciés en fonction du lieu d'hébergement du résident, sur la base de l'existant au 1^{er} janvier 2019.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul :

	Hébergement
Titre 1	3 378 069,49 €
Titre 3	3 659 765,06 €
Titre 4	1 687 234,82 €
Total dépenses	8 725 069,37 €
- recettes en atténuation	- 325 511,32 €
- crédits non reconductibles	- 0,00 €
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	- 0,00 €
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	- 0,00 €
= Dotation globalisée initiale à fin 2018	8 399 558,05 €

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

4.1.4 – Dispositions communes aux financeurs

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles.

Le Centre Hospitalier de Périgueux reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

Le Centre Hospitalier de Périgueux peut, dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R.314-227 et 228 du CASF, 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.

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond (Art R.314-40 CASF).

En conséquence, le montant de la dotation reconductible à prendre en compte, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

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

4.2.. La Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

Les dotations globalisées communes des établissements et services financés respectivement par :

- l'Assurance Maladie, d'une part,
- le Département, d'autre part,

sont arrêtées respectivement en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

Chaque DGC octroyée au Centre Hospitalier de Périgueux 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 chaque autorité de tarification, le Centre Hospitalier de Périgueux transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement jusqu'à la fusion des budgets E1 et E2.

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.

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

- versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF,
- actualisée dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent contrat.

4.3.. Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 1^{er} janvier 2018 se répartit comme suit :

La dotation globalisée « de référence » correspond aux moyens reconductibles disponibles l'année de signature du CPOM (avant actualisation, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations soins au 01/01/2019 (en €)	Dont forfait global de soins HP
24 000 4390	EHPAD BEAUFORT-MAGNE	5 501 824,33 €	5 501 824,33 €
24 000 4408	EHPAD PARROT	2 191 098,10 €	2 191 098,10 €
TOTAL GENERAL		7 692 922,43 €	7 692 922,43 €

➤ La DGC des établissements et services financés par le Département se répartit comme suit :

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations dépendance au 01/01/2019 (en €)	Dont forfait global dépendance
24 000 4390	EHPAD BEAUFORT-MAGNE	1 939 798,17 €	1 939 798,17 €
24 000 4408	EHPAD PARROT	857 634,05 €	857 634,05 €
TOTAL GENERAL		2 797 432,22 €	2 797 432,22 €

➤ Conformément à l'article L.313-14-2 du CASF, l'ARS et le Conseil départemental pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

1. Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
2. Des recettes non comptabilisées.

Cette récupération viendra en déduction de la tarification de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant d'un financement Assurance-Maladie :

S'agissant des CPOM signés à compter de 2019, les autorités de tarification pourront s'opposer à la proposition d'affectation des résultats antérieurs N-1 et N-2 prévue par l'organisme gestionnaire, en application de l'article R314-234 du CASF sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant de la section hébergement, l'étude sera faite à l'occasion de l'élaboration du schéma directeur et du PPI afférents.

4.4.. La dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit

Au regard des articles R.174-9, R.174-16-1 et 16-2 du CASF, le présent contrat désigne :

- l'organisme d'assurance maladie, comme unique caisse pivot, chargée du versement de la dotation globalisée commune,
- l'établissement, le service ou la personne morale signataire du contrat pour percevoir cette dotation.

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de Dordogne
- le Centre Hospitalier de Périgueux, signataire du contrat.

L'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime.

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désigné supra.

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

Le principe retenu est celui d'une affectation des résultats par le gestionnaire conformément :

- aux modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF)
- aux dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat 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. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R.314-52 ou 236 du CASF).

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couverte, 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 et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R.314-234 du CASF). Ainsi, il est convenu une fongibilité des résultats et de leurs affectations.

Les résultats excédentaires sont affectés au regard des trois volets suivants mais prioritairement :

- A la couverture des déficits antérieurs ;
- Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune « soins + dépendance » reconductible du CPOM ;
- Enfin sur les 3 volets suivants (le cas échéant) :

↳ Volet investissement :

- Affectation à la réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié au PPI qui sera élaboré au cours du contrat,
- Affectation à la réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le PGFP intégrant le PPI.

↳ Volet Qualité :

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation et promotion professionnelle, ...)

↳ Volet Ressources humaines :

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

4.6.. Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

Il n'existe pas de PPI ni de schéma directeur pour le secteur gériatrique à la date de signature du contrat. Dès lors que le gestionnaire en déposera un, intégré au PGFP du Centre Hospitalier de Périgueux, il fera l'objet d'une approbation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du Conseil Départemental, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R.314-20 du CASF et sera annexé au CPOM par voie d'avenant.

Toute révision importante du futur 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, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R.314-20 du CASF.

4.7.. 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 L.313-12 du CASF, et sans préjudice de l'article L.315-14 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

1) 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, la personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) prévu aux articles L.314-7-1 et L.313-12 du CASF pour les établissements relevant du présent contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, au 31/10 de l'année N pour l'année N+1.

❖ Le gestionnaire dispose ainsi, 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) et au plus tard le 30 juin de l'exercice pour transmettre :

- un EPCP (Etat Prévisionnel des Charges et Produits) appelé communément « Budget Approuvé » lorsque l'établissement ou le service est géré par un établissement public de santé, conforme à l'article R.314-242 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 du CASF)

- ❖ Le Centre Hospitalier de Périgueux dépose au plus tard le 30 avril de chaque année un ERCP (Etat des Réalisations des Charges et Produits) appelé communément « le Compte Financier » conforme à l'article R.314-233 du CASF
- ❖ 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 30 juin n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM.
- ❖ Le gestionnaire transmettra à l'ARS une revue des objectifs du CPOM en annexe de l'ERCP. 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.

- 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.
- Un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :

En cas de difficulté lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année, ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, l'Agence Régionale de Santé ou le Conseil départemental 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 daté 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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, aux conventions tripartites pluriannuelles des EHPAD Parrot et Beaufort-Magne signataires.

5) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2019, pour une durée de 5 ans.

6) PENALITES FINANCIERES – 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

Le Directeur par intérim
Délégation Départementale
de la Dordogne
ARS Nouvelle-Aquitaine

Le Directeur du Centre Hospitalier
de Périgueux

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

- ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé Beaufort Magne et Parrot
- ANNEXE 2 : Les fiches actions
 - N° 1.1 : Promouvoir la coopération et la dynamique territoriale autour de la personne âgée en Dordogne
 - N° 1.2 : S'impliquer dans la coordination du parcours de la personne âgée sur le territoire du Grand Périgueux
 - N° 2.1 : Développer les innovations technologiques et de service
 - N° 2.2 : Faire évoluer l'offre médico-sociale
 - N° 3.1 : Poursuivre la politique de prévention
 - N° 3.2 : Soutenir la qualité des soins dans le cadre de l'offre médico-sociale
 - N° 3.3 : Garantir la sécurité des soins et la gestion des risques et, en particulier, le circuit de prise en charge médicamenteuse
 - N° 4.1 : Asseoir une dynamique projet – Projet personnalisé d'accompagnement (PPA)
 - N° 4.2 : Réduire les hospitalisations non programmées et promouvoir l'accès au parcours de soins des résidents des EHPAD
 - N° 4.3 : Développer la vie sociale et la citoyenneté
 - N° 4.4 : Accompagner l'aidant
 - N° 5.1 : Culture et Gouvernance médico-sociale
 - N° 5.2 : Gouvernance médico-sociale et Finances
 - N° 5.3 : Gouvernance médico-sociale et Ressources humaines
- ANNEXE 3 : Le tableau de rééquilibrage de l'offre médico-sociale
- ANNEXE 4 : Le tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs
- ANNEXE 5 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale
- ANNEXE 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM
- ANNEXE 7 : L'organigramme du pôle EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux
- ANNEXE 8 : La fiche Avant-Projet du Schéma gérontologique du site historique des EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux
- ANNEXE 9 : Les fiches FINESS des EHPAD Beaufort-Magne et Parrot
- ANNEXE 10 : Les affectations de résultat des EHPAD Beaufort-Magne et Parrot pour les années 2015, 2016 et 2017

ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé

- EHPAD Beaufort-Magne
- EHPAD Parrot

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

-
- **EHPAD PARROT**

Table des matières

<u>EHPAD PARROT</u>	2
1. PÉRIMÈTRE DU CPOM	- 3 -
2. ELEMENTS TRANSVERSAUX	- 3 -
<u>2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE</u>	- 3 -
<u>2.1.1. Mutualisation</u>	- 3 -
<u>2.1.2. Situation financière du gestionnaire</u>	- 4 -
<u>2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM</u>	- 4 -
<u>2.2.1. Évaluations internes et externes</u>	- 4 -
<u>2.2.2. Coopérations et conventions</u>	- 5 -
<u>2.2.3. Politique des ressources humaines</u>	7
<u>2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS</u>	9
<u>2.2.5. Innovations en santé</u>	11
3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS	11
<u>3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE</u>	11
<u>3.1.1. État des lieux (Tableau De Bord de la Performance)</u>	11
<u>3.1.2. Analyse des données du tableau de bord</u>	14
<u>3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES</u>	16
<u>3.2.1. Activité - EHPAD PARROT</u>	16
<u>3.2.2. Ressources humaines - EHPAD PARROT</u>	17
<u>3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD PARROT</u>	18
<u>3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD PARROT</u>	21
<u>3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD PARROT</u>	25
4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE	33

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 2017
240004390	EHPAD BEAUFORT MAGNE	PUBLIC	324	324	13.507.941,39
240004408	EHPAD PARROT	PUBLIC	163	168	5.582.192,30
240006304	USLD	PUBLIC	60	60	3.078.941,53
TOTAL					22.169.075,22

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.

ORGANISME GESTIONNAIRE

2.1.1 Mutualisation

Existence d'un siège du gestionnaire : Oui / Non

Si oui, Y-a-t'il une autorisation de frais de siège : Non

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			

Conformément à recommandations du Conseil Départemental et de l'ARS, du temps de personnel des différentes directions fonctionnelles est directement affecté aux Budgets E1 et E2 dont au total :

- 0.5 ETP d'adjoint des cadres de la Direction des Affaires Financières,
- 0.5 ETP d'adjoint des cadres de la Direction des Ressources Humaines,
- 0.5 ETP d'adjoint des cadres de la Direction des Achats,
- 0.5 ETP d'adjoint des cadres pour la facturation / informatique,

2.1.2. Situation financière du gestionnaire
Résultats comptables du siège

TOUS BUDGETS CONFONDUS

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes		211 595 796,50	207 778 961,66
Dépenses		205 050 429,46	202 284 891,03
Net		6 545 367,04	5 494 070,63
Retraitements comptables (<i>variation des congés payés, reprises...</i>)		5 973 366,98	5 899 979,49
RESULTAT A AFFECTER		+ 572 000,06	- 405 908,86

Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

2.1.3. 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.

2.1.4. ÉVALUATIONS INTERNES ET EXTERNES

L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe doivent être annexés au CPOM.

Évaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Échéances des futures évaluations internes
EHPAD BEAUFORT MAGNE	31/12/2013	03/01/2022
EHPAD PARROT	31/12/2013	03/01/2022

Évaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Échéances des futures évaluations externes
EHPAD BEAUFORT MAGNE	31/10/2014	31/10/2024
EHPAD PARROT	31/10/2014	31/10/2024

Préciser les éléments positifs, issus des évaluations ou non, pouvant être transposés aux ESMS du CPOM : Les 2 EHPAD font partie du Centre Hospitalier de Périgueux, organisme gestionnaire. Les 2 EHPAD et l'USLD constituent 1 pôle d'activité qui bénéficie à ce titre d'un encadrement par une équipe de direction et d'encadrement mutualisée.

ESMS couverts par le CPOM	Éléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS

2.1.5. COOPERATIONS ET CONVENTIONS

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		L'EHPAD est rattaché au CH Périgueux et a donc accès facilement à l'HAD et aux équipes mobiles spécialisées
Une équipe mobile de gériatrie	X		
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		
Une ou plusieurs officines de pharmacie	NC	NC	L'EHPAD est rattaché au CH Périgueux avec PUI
Un établissement de santé	X		L'EHPAD est géré par le CH Périgueux
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		
Un réseau de soins palliatifs	X		
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)	X		Maisons des réseaux
Un cabinet dentaire	X		Un cabinet dentaire est ouvert le 6 juillet 2017 dans les murs de l'EHPAD afin d'accueillir les populations de nos EHPAD ainsi que d'autres EHPAD DU TERRITOIRE ; Par ailleurs, chaque EHPAD a des aides-soignants formés en hygiène bucco-dentaire. Accueil d'étudiants à partir de mai 2018
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA		X	Projet ne correspondant pas aux cahiers des charges actuels
Association « les Boules au nez »	X		Animations Clowns dans les unités protégées
IUT Bordeaux - Périgueux	X		Jardin thérapeutique, Atelier culinaire
Associations culturelles (Asso. Occitanes, Chorales, Cinespagnol, Expoésie...)	X		Animations et activités culturelles
Activités culturelles	X		Pèlerinages organisés
Organismes de formations initiales et continues (MFR, Lycées professionnels, IFAS-IFSI,...)	X		Accueil de stagiaires en découverte et renforcement des compétences
MAIA	X		Parcours labellisé de la personne âgée sur le territoire
VMEH	X		Bénévoles intervenant sur les 3 bâtiments
Coiffeur	X		Convention d'utilisation des salons de coiffure de l'EHPAD
Écoles primaires et maternelles, Centre aéré	X		Renforcement des liens intergénérationnels

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
CASSIOPEA	Projets communs Apports d'expertise (Ex : Bracelet de géolocalisation) Aide aux aidants		
Ville de Périgueux et de Trélissac	Exploitation des activités - intégration dans la ville (Médiathèques, Odyssée, La filature de l'Isle...)	Que la ville vienne organiser des événements dans l'EHPAD	Ouverture de l'EHPAD sur son environnement
Conseil Départemental de la Vie Sociale (CDVS)	Accueil et participation active de professionnels	Renforcement de la participation des résidents et familles	Instance qui favorise le partage entre EHPAD
Association des usagers	Maison des usagers du CHP		

La participation de l'EHPAD au GHT est-elle envisagée (EHPAD publics) ?

Le GHT n'intègre pas les ESMS en tant que tels. L'intégration semble se faire par des fonctions supports (SIH, PUI...).

2.1.6. POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

Principaux axes de la politique des ressources humaines du questionnaire

ESMS couverts par le CPOM	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT		Adéquation des projets professionnels des agents recrutés au milieu médico-social Convergence des effectifs vers les conventions tripartites	
EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	Prise en compte institutionnelle de l'absentéisme	Reconnaissance institutionnelle du présentisme	
EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	Mutualisation des Ressources Humaines avec le CHP	Adapter les moyens aux besoins	
EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	Mise en place de ressources humaines dédiées à la prévention des Risques Psycho-Sociaux	Moyens adaptés	
EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT		Politique connue en terme de Qualité de Vie au Travail	

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et 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		Budget institutionnel comprenant un certain nombre de formations Enveloppe dédiée au pôle faisant l'objet d'un arbitrage en conformité avec le projet du pôle / établissement	Augmentation de ce budget compte-tenu du nombre d'ETP Mise en œuvre suivant le calendrier défini	
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?		X		Création d'un plan GPEC global avec une déclinaison par pôle	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	X				
Adéquation du personnel aux missions ?				Poursuivre les requalifications engagées Réévaluer les effectifs soignants au regard des besoins Améliorer l'attractivité du pôle EHPAD	

Projection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite

ESMS couverts par le CPOM	Nombre d'ETP susceptibles de partir en retraite	Qualification des personnels concernés	Montant indemnités départ en retraite (Privés) et CET (publics)	Politique RH : Remplacement, mutualisation ou suppression poste
ANNEEN : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	8	2IDE 3AS 3ASHQ		Remplacement
ANNEEN +1 : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	8	1IDE 6AS 1ASHQ		Remplacement
ANNEEN + 2 : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	4	2AS 2ASHQ		Remplacement
ANNEEN + 3 : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	4	2AS 2ASHQ		Remplacement
ANNEEN + 4 : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	10	1IDE CADRE 1IDE 3AS 5ASHQ		Remplacement
TOTAL	34	34	24 CET	
Provisions déjà constituées			3 780 €	
RESTE A FINANCER				

2.1.7. MUTUALISATIONS DES MOYENS ENTRE LES DIFFERENTS ESMS

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?
Équipe médicale	Continuité médicale et coordination unique	Informatisation du dossier du résident Partage de compétences /expérience non subi	
Équipe d'encadrement et de direction	Équipe managériale médico-sociale : Travail collectif autour de projets transversaux et innovants		Facilitateur
Équipe administrative	Harmonisation des pratiques Guichet unique d'entrées aux EHPAD Outils institutionnels		Facilitateur
Équipe soignante	Réactivité +++ : Le remplacement de l'absentéisme est facilité		Facilitateur Limitation de la mutualisation pour préserver la spécificité des projets de chaque unité d'accueil Fragilisation des repères pour les résidents
Instances	<ul style="list-style-type: none"> - La commission d'admission commune aux EHPAD et à l'USLD permet une meilleure orientation des personnes selon leur profil (Guichet Unique) - Le Conseil de la vie sociale commun aux 2 EHPAD et à l'USLD permet une vision synthétique et une présence plus dynamique - L'ensemble des autres commissions propres aux EHPAD sont également mutualisées (menus, linge, animation...) - Les instances institutionnelles du CHP amènent compétences et expertises : EOHH, CLAN, Comité d'éthique, CLUD, CPS, ... 		<ul style="list-style-type: none"> → Une « vraie » réponse à la demande d'admission compte-tenu de la gamme d'offre d'accueil du pôle EHPAD – USLD du CH Périgueux. → Vision synthétique qui évite les « redites » : meilleure efficacité

2.2. INNOVATIONS EN SANTE

- Un environnement sécurisé connecté est-il mis en place (*Ex : systèmes de détection du coucher, thérapies non-médicamenteuses pour les troubles cognitifs et comportementaux*) ?

L'EHPAD PARROT accueille des résidents moins dépendants avec peu de troubles cognitifs, aucun environnement sécurisé connecté n'est pas mis en place. Lorsque l'état de dépendance et/ou de santé s'aggrave, une orientation vers un autre pavillon plus adapté est proposée : Pavillons Les douglas (USLD ou EHPAD BEAUFORT MAGNE ou pavillon Les Félibres.

- Autres actions innovantes (*Ex : développement de la domotique, Silver Économie...*) ?
Projets d'acquisition d'un Motomed et d'une unité mobile SNOEZELEN (en fonction des financements).

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENT

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *État 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. ÉTAT DES LIEUX (TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE)

a) Données de caractérisation

Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif global/partiel*) :
- Modalités de tarification (*avec ou sans PUI*) :
- Autorisation spécifique (*UHR / Unité Spécifique Alzheimer / PASA / ESA*) :

Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : Oui/Non

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 : Oui/Non

Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : Oui/Non
- Organisation comprenant un pool de remplacement : Oui/Non
- Nature du diplôme du Directeur :

Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : Oui/Non
- Accès à un groupe électrogène : Oui/Non
- Nombre de chambres individuelles :
- Organisation des transports accueil de jour : interne/externe/mixte
- Plateau technique/Équipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) :

Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : Oui/Non
- Partenariat avec un réseau de santé : Oui/Non
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale : Oui/Non

- 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 charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

- Dernier GMP connu :
- Dernier GMP validé :
- Dernier PMP connu :
- Dernier PMP validé :

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 %
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %
Quel est le niveau d'activité de l'ESMS ?
- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) :
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 cœur de métier ?

- Taux d'ETP vacants au 31/12 :
- Taux de prestations externes :
L'organisation est-elle structurée et stable ?
- Taux d'absentéisme (hors formation) :
- Taux d'absentéisme par motif :

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 :
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses :
Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?
- Taux de CAF :
- Taux de vétusté des constructions :
- Taux d'endettement :
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes :
Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ?
- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) :
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) :
Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?
- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
- Taux d'utilisation de la dotation en soins :
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins :

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) : en cours, la progression de plan d'amélioration continue de la qualité a été freinée pour diverses raisons (ex : parution d'un nouveau modèle de contrat de pôle, passage au CPOM impliquant une éventuelle fusion des établissements, absentéisme ayant ralenti les démarches de formations...)
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : Ok

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 : Les EHPAD disposent de progiciels communs à l'organisme gestionnaire en terme de dossier administratif et de gestion financière. En revanche le dossier du résident n'est toujours pas informatisé, ce qui alourdit considérablement la traçabilité des pratiques. Cependant une avancée sur le circuit du médicament est à noter : déploiement progressif du logiciel Pharma Web sur les unités disposant de médecins hospitaliers, et en cours sur les unités où interviennent principalement les médecins de ville libéraux.

3.1.2. ANALYSE DES DONNEES DU TABLEAU DE BORD

ESMS PARROT	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	<p>Un prix de journée accessible</p> <p>Établissement rattaché au Centre Hospitalier de Périgueux :</p> <p>→ Les équipes mobiles interviennent sur demande aux EHPAD, et en particulier dans l'accompagnement de fin de vie</p> <p>→ Les fonctions supports et les plateaux techniques sont accessibles H24</p> <p>→ L'équipe HAD intervient sur demande des médecins traitants EHPAD.</p>	<p>Conditions d'accueil architecturales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'EHPAD ne dispose que peu de chambres doubles, mais en revanche, les chambres ne disposent pas de salle de bain. ✓ Locaux anciens et dégradés ✓ Manque de locaux à usage collectif pour l'animation et/ou pour l'accueil des familles. <p>Passage au tarif global depuis le 1^{er} janvier 2017</p>	<p>La structure architecturale contrainte limite la diversification des modes d'accueil</p>
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	<p>Un EHPAD intégré dans le parcours santé du résident (résidents venant d'un établissement de santé pour 45% des entrées en 2017)</p> <p>GMP assez bas lié à la politique d'accueil de cet EHPAD (part des GIR 3 et des GIR 4 très élevée à l'entrée). Lorsque l'état de dépendance et / ou de santé s'aggrave une proposition de réorientation vers un autre EHPAD du pôle, à l'accueil plus adapté est soumis au résident</p> <p>Personnel formé</p> <p>Taux d'hospitalisation inférieur à la médiane (meilleure prise en charge sanitaire des résidents)</p>	<p>Renforcement de personnel paramédical par le recrutement de psychomotricien et/ou ergothérapeute.</p> <p>Informatiser le dossier du résident</p> <p>Calcul d'un nouveau Pathos (le PMP dernière date de validation : 2011) par structure juridique.</p>	<p>L'EHPAD PARROT a pour vocation l'accueil des résidents évalués plus autonomes (GIR 3 et 4). L'EHPAD BEAUFORT MAGNE a pour vocation d'accueillir pour 60% des malades Alzheimer et apparentés et pour 40% des personnes fortement dépendantes</p>

ESMS PARROT	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Axe n°2 : Ressources humaines	<p>Un EHPAD est légèrement moins doté au niveau du personnel paramédical compte-tenu du profil des résidents accueillis en comparaison des autres ESMS. Un tiers du personnel est représenté dans la tranche d'âge 40 - 49 ans (contre 28% pour les autres ESMS). 21% du personnel est très concentré sur la tranche d'âge au dessus de 55 ans (contre 13.5% pour les autres établissements de l'échantillon ANAP)</p> <p>Le taux d'absentéisme impactant le fonctionnement au quotidien de notre EHPAD est légèrement supérieur à la médiane des établissements de même profil au niveau national</p>	<p>Poursuivre une politique de recrutement plus adaptée au milieu médico-social. Multiplier les compétences en fonction des projets de service : AMP et ASG pour Alzheimer, Educateur - Moniteur éducateur psychomotriciens pour la psychiatrie..... Psychomotricien pour le maintien de l'autonomie.</p> <p>Les motifs principaux d'absentéisme sont l'arrêt maladie de moyenne durée.</p> <p>Création d'un Comité de Pilotage « QUALITE DE VIE AU TRAVAIL » (Copil QVT).</p>	<p>L'EHPAD affiche un taux de rotation assez élevé : cet état de fait est dû aux mouvements internes entre les EHPAD, l'USLD et les services hospitaliers du CH Périgueux.</p>
Axe n°3 : Finances et budget	<p>Une occupation forte => des recettes hébergement importantes.</p> <p>La répartition par section tarifaire fait apparaître une part soins inférieure aux autres ESMS. Malgré cela la dotation « Soins » est sur-utilisée, du fait essentiellement des charges de personnel émergeant sur cette section. Le passage en tarif global à effet rétroactif compter de 2017 devrait permettre de régulariser cet état de fait.</p>		<p>Le profil de notre EHPAD en termes de recettes par titre montre une sous représentation des recettes « soins » (dotation) par rapport aux autres ESMS, et une occupation supérieure (recettes hébergement).</p>
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	<p>L'EHPAD PARROT, dans le cadre de son rattachement au Centre Hospitalier de Périgueux bénéficie de l'expertise de ses différentes directions notamment de celle de la Qualité et du Système Informatique</p> <p>Analyse des causes profondes / Gestion des Risques.</p>	<p>Le plus gros frein technique est l'absence d'informatisation du Dossier Résident.</p>	

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.1. ACTIVITE - EHPAD PARROT

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques (<i>capacité x365j</i>)	59.495		
Journées réalisées	60.112		
Taux d'occupation	101,18%		

Explication sur le niveau du taux d'occupation, et solutions pour optimiser ce taux :

Le taux d'occupation de l'EHPAD PARROT est supérieur à 100%. En effet, des places d'urgences sont identifiées mais compte-tenu du tarif journalier assez bas pour le département et du taux de rotation faible, ces situations se pérennisent.

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.

En mai 2018 la liste d'attente commune aux 3 entités du pôle EHPAD USLD s'élève à 135 ; En effet une commission d'admission commune hebdomadaire a été choisie afin d'orienter au mieux les demandes d'admission.

3.2.2. RESSOURCES HUMAINES - EHPAD PARROT

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ	Nb ETP	Ratio encadrement	Hébergement	Dépendance	soin	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres
CA n-1							
Direction/administration	2,14	0,01	2,14	-	-	-	-
Services généraux	0,35	0,00	0,35	-	-	-	-
Animation / Service Social / Mandataire	0,92	0,01	0,92	-	-	0,15	-
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	29,40	0,18	20,58	8,82	-	-	-
Aide-soignant- AMP-ASG	35,42	0,22	-	10,63	24,79	-	-
Psychologue	0,80	0,00	-	0,80	-	-	-
Infirmière	8,22	0,05	-	-	8,22	4,00	-
Ergothérapeute / Psychomotricien	0,40	0,00	-	-	-	1,60	-
Pharmacien ou préparateur	0,30	0,00	-	-	0,30	-	0,30
Médecin coordonnateur	0,50	0,00	-	-	0,50	0,30	-
Autre fonction (à préciser)	1,80	0,01	-	-	1,80	-	-
Cadre de proximité	1,80	0,01	-	-	1,80	-	-
Médecins salariés	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	80,25	0,49	23,99	20,25	35,61	6,05	0,30

▪ Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure :

- Nombre de médecins traitants salariés : 0
- Nombre de médecins traitants libéraux : 51

Commentaires éventuels : Les fonctions d'animation sont occupées par des AS AMP et ASHQ. La situation devrait graduellement être de faire adhérer les grades aux fonctions.

Taux d'absentéisme par catégorie et par motif (cf. bilan social n-1)

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (<ou=à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
Adjoint administratifs	0,00%	0,00%	
Aides Soignants	6,25%	0,29%	5
Assistante Médico-Administrative	0,00%	0,00%	
AMP	0,00%	0,00%	
ASH	4,57%	0,14%	1
CADRE	0,02%	0,02%	
IDE	0,79%	0,11%	1
PSYCHOLOGUE	0,01%	0,01%	
PSYCHOMOTRICIEN	0,04%	0,01%	

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

3.2.3. DIAGNOSTIC BUDGETAIRE ET FINANCIER - EHPAD PARROT

Analyse budgétaire et financière, par ESMS, des trois derniers comptes administratifs.

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

Les recettes sur la période :

EHPAD PARROT	2017				2016				2015			
	Héberg.	Dép.	Soin	Total	Héberg.	Dép.	Soin	Total	Héberg.	Dép.	Soin	Total
Total Groupes de recettes	2 640 013	836 395	2 150 704	5 627 113	2 675 406	830 143	1 849 936	5 355 485	2 621 897	841 538	1 770 192	5 233 627
Titre 1	0	0	2 145 505	2 145 505	0	0	1 845 288	1 845 288	0	0	1 768 663	1 768 663
Titre 2	0	834 125	0	834 125	0	829 507	0	829 507	0	827 816	0	827 816
Titre 3	2 605 082	0	0	2 605 082	2 584 793	0	0	2 584 793	2 587 307	0	0	2 587 307
Titre 4	34 931	2 270	5 199	42 401	90 613	636	4 649	95 898	34 590	13 722	1 530	49 842

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :

- o Les recettes d'exploitation :

Les recettes de la section hébergement restent élevées par rapport au budget autorisé, dues à un taux d'occupation également élevé.

La dotation Soins a été renforcée par le passage en tarif global en 2017 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2017

Quant à la section dépendance, le passage au calcul d'une dotation globale permet une très légère augmentation des recettes, sur une section déjà déficitaire.

Les dépenses sur la période :

EHPAD PARROT	2017				2016				2015			
	Héberg.	Dép.	Soin	Total	Héberg.	Dép.	Soin	Total	Héberg.	Dép.	Soin	Total
Total Groupes de dépenses	2 378 311	983 488	2 101 465	5 463 264	2 244 932	932 740	2 158 493	5 336 165	2 152 712	937 181	2 110 209	5 200 103
Titre 1	1 185 026	955 181	1 945 670	4 085 877	947 161	906 747	2 028 861	3 882 769	950 856	911 136	2 000 357	3 862 348
Titre 2	0	0	137 109	137 109	0	0	122 547	122 547	0	0	109 178	109 178
Titre 3	1 025 421	27 305	0	1 052 725	1 107 080	25 105	0	1 132 185	1 050 071	25 236	0	1 075 307
Titre 4	167 864	1 002	18 685	187 552	190 691	887	7 085	198 664	151 786	809	675	153 270

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

- o Les charges d'exploitation :

Les dépenses d'hébergement ont été contenues, notamment les dépenses d'alimentation grâce aux efforts réalisés par l'UCP qui produit les repas des résidents, sans impact sur la qualité et la quantité.

Le déficit sur la section soins où les dépenses restent stables s'est transformé en 2017 en excédent. Cela ne devrait être que temporaire dans la mesure où les indus de la CPAM ne nous sont pas encore parvenus (le titre 2 - dépenses médicales n'ayant pas encore été impactées - notification du passage en tarif global en novembre 2017).

▪ **Résultats à affecter :**

ESMS PARROT		2017	2016	2015
Recettes				
Dépenses				
Net				
Retraitements comptables (<i>variations congés payés, reprises...</i>)				
Résultat à affecter				
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES				
N-1				
N-2				
N-3				

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

Oui/Non

Durée : ans

Période du / / Au / /

Objectif du PPI : détailler la programmation et expliquer les objectifs principaux
(joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.)

Tableau des provisions et réserves :

État des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS PARROT	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	
Provisions pour risques et charges	
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	

Commentaires :

Projets d'investissement

Des projets sont-ils en cours de réflexion ou de mise en œuvre (*mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction...*) ?

Mise en place de l'étude d'un schéma directeur est en cours de réflexion du fait de la nécessité d'une restructuration (besoin de financement pour l'étude)

3.2.4. DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES - EHPAD PARROT

Cette partie est à renseigner en lien avec les évaluations internes et/ou externes.

ESMS PARROT	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	oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Livret d'accueil mutualisé aux 2 EHPAD et à l'USLD, avec des fiches spécifiques. ■ groupe de travail dédié à l'accueil et admission composée des agents administratifs chargés de l'accueil et des admissions, de l'assistante sociale, d'un cadre et du cadre administratif de pôle 	En cours d'actualisation -	Le livret d'accueil sera commun à l'ensemble des 2 EHPAD : PARROT et BEAUFORT MAGNE
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	oui	Accessible et affichée		
Contrat de séjour	oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ groupe de travail dédié à l'accueil et admission composée des agents administratifs chargés de l'accueil et des admissions, de l'assistante sociale, d'un cadre et du cadre administratif de pôle 	En cours de validation (CVS du 17/05 reporté au 27/06 où le projet sera présenté)	Le contrat de séjour aura un tronc commun à l'ensemble des 2 EHPAD : PARROT et BEAUFORT MAGNE
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	oui	Accessible et affichée		
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	oui	D'autres commissions existent ou sont en cours de mise en place : <ul style="list-style-type: none"> ■ Commission de l'animation ■ Commission des menus ■ Commission du linge. ■ Pauses des aidants ■ CVS très actif 		Boîte à outils du Centre EHPAD Ressources (projet expérimental piloté par l'EHPAD BEAUFORT MAGNE). Les commissions sont communes aux 2 EHPAD
Règlement de fonctionnement	oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ groupe de travail dédié à l'accueil et admission composée des agents administratifs chargés de l'accueil et des admissions, de l'assistante sociale, d'un cadre et du cadre 	En cours de validation (CVS du 17 mai reporté au 27/06 où le projet sera	Le règlement de fonctionnement aura un tronc commun à l'ensemble des 2 EHPAD : PARROT et BEAUFORT MAGNE

		administratif de pôle	présenté)	
Projet d'établissement	oui			

ESMS PARROT	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
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	oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Groupe de travail institutionnel avec des protocoles mis en place, ■ Formation pluriannuelle des personnels sur l'accompagnement des psychiatriques vieillissants en EHPAD ■ Formation des professionnels à la prise en charge de la maladie Alzheimer. ■ Formation pluriannuel à la méthodologie MONTESSORI adaptée de l'ensemble des personnels 		Pratiques et protocoles communs aux 2 EHPAD
Projet d'accompagnement personnalisé	oui	Équipe pluridisciplinaire + Suivi réalisé par les IDE GDR EF (Gestion des risques et Évaluation des Fragilités) : 1 protocole et 1 outil adapté.	Informatisation du dossier du résident	Pratiques et protocoles communs aux 2 EHPAD
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre EHPAD Ressources ■ Contrat Local de Santé ■ Ouverture d'un cabinet dentaire dans les murs de l'EHPAD à compter de juillet 2017 		
Événements indésirables : mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des événements indésirables (fuites, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les pratiques sont formalisées et connues de tous : protocoles institutionnels ■ Revue mensuelle des EI avec la Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité (DURQ) du CH Périgueux. ■ Mise en place d'analyse de causes profondes et CREX 		
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ PAQSS suite à l'évaluation interne et mise en place d'un comité de suivi de la gestion des 		

		risques et de la qualité en collaboration avec la DURQ du CHP → Fiche de mission pour chaque pilote d'action		
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	Oui	Cette appropriation se fait au fil des pratiques et les RBPP sont intégrées aux outils utilisés dans nos EHPAD		

ESMS PARROT	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	Oui	■ Procédures formalisées et mises en pratique en lien avec la DURQ		
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Oui	■ Systématisation du recueil réalisée par les IDE GDR EF (outil existant)	Manque de formalisation : utilisation des outils institutionnels	
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation				
Livret thérapeutique en place	Oui			
Projet individuel de prise en charge pluri-professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	Oui		Informatisation du dossier résident	
Protocole risque de chute	Oui	■ Groupe de travail institutionnel avec protocoles ■ Mission des IDE GDR EF		
Prévention et prise en charge des escarres	Oui	■ Protocoles institutionnels Mission des IDE GDR EF		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	oui	■ Ouverture d'un cabinet dentaire dans les murs de l'EHPAD à compter de juillet 2017, destiné à accueillir nos résidents mais également ceux d'autres Établissements médico-sociaux		

		<ul style="list-style-type: none"> ■ 2 AS dédiés aux soins d'hygiène bucco-dentaire. 		
Prise en charge de la douleur	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocoles institutionnels ■ Mission des IDE GDR EF 		
Accompagnement de la fin de vie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocoles institutionnels ■ Interventions/Soutien de l'Équipe Mobile d'Accompagnement de Soins de support et Soins Palliatifs ■ Mise en place d'une formation pluriannuelle sur l'accompagnement de fin de vie spécifique aux EHPAD incluant une forte dimension éthique 		
ESMS PARROT	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 		
Prise en charge de la dénutrition	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocoles institutionnels ■ Mission des IDE GDR EF 		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formations actions d'une trentaine d'agents chaque année ■ Augmentation du temps de Psychologues ■ Poursuite des actions culturelles (MAAP) ■ Poursuite et extension de l'atelier culinaire thérapeutique ■ Obtenir les financements (CNR ou mécénat type Lions Club, Rotary ou Fondation de France) pour l'équipement SNOEZELEN, du Manger-Main ■ PAPHV à mettre en place 		

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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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). 	Procédures revues dans le cadre de la certification HAS de l'USLD et de l'évaluation externe. Équipement des pharmacies (armoires, chariots piluliers...) dans le cadre de la politique institutionnelle de sécurisation du circuit du médicament. Les unités sont en cours d'informatisation pour la prescription aux Félières.

3.2.5. BILAN DE LA CONVENTION TRIPARTITE PRECEDENTE - EHPAD PARROT

Nom EHPAD : PARROT - CHP				
Date d'effet de la convention : JUIN 2014				
Date de fin de la convention : JUIN 2019				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE GOUVERNANCE				
Action 1 : formation actions du personnel	Objectif 1 : Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance :	- Formations institutionnelles - Renforcement des équipes pour faire vivre la démarche	R	
Action 2 : inscrire la démarche dans les	- garantir l'exercice des droits et libertés	- Augmentation du temps de	R	

projets personnalisés d'accompagnement	de la personne âgée - promouvoir la bienveillance	psychologue à compter de 2017 - Groupe d'analyse des pratiques	A	La multiplication des outils est déléguée et la FSEI institutionnelle est adaptée et connue des personnels
Action 3 : mettre en place une fiche de signalement spécifique				
Action 1 : Déployer le projet d'animation de la vie sociale dans toutes les unités - Recruter de nouveaux personnels d'animation pour atteindre l'objectif d'un animateur par service - recruter un cadre coordonnateur de l'animation - assurer la qualification des animateurs en place - mise en place du projet d'animation dans toutes les unités, avec programme, évaluation et suivi	Objectif 2 : Projet d'animation : Mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur de tous les résidents Résultats attendus (en termes qualitatifs et quantitatifs) - augmentation du nombre de résidents participant aux animations tout en respectant leurs choix et leur projet de vie - accroissement de la participation des bénévoles et des familles	- augmentation du nombre d'animateurs, pour tendre vers le ratio cible - un temps d'encadrement pour superviser l'équipe d'animateurs est identifié - mise en place d'une commission d'animations à laquelle participent des représentants de tous les usagers	EC	Le projet d'animation est en cours de finalisation

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R)	Observations
			En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	
AXE GOUVERNANCE (suite)				
Action 1 : poursuivre une démarche qualité spécifique aux EHPAD PARROT et BEAUFORT MAGNE - développer le travail de coordination entre la cellule qualité du CHP et de l'EHPAD - suivre les recommandations spécifiques aux EHPAD - réaliser une enquête de satisfaction	Objectif 3 : S'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité - évaluer et actualiser les documents qualité en place - mettre en œuvre des actions prévues au plan d'amélioration issu de l'évaluation interne Résultats attendus (en termes	- Mise en place d'un plan d'actions de l'amélioration continue de la Qualité sur le pôle EHPAD - USLD - Comité de suivi du PAQSS quadrimestriel en collaboration avec la DURQ, dont la cellule Qualité est partie prenante sur différentes actions - Gestion documentaire institutionnelle avec un volet EHPAD - USLD		L'enquête de satisfaction est en cours d'élaboration

- suivre l'évaluation interne et externe	qualitatifs et quantitatifs) - formalisation des bonnes pratiques en procédures et protocoles - mise en place des actions d'amélioration des évaluations internes et externes			
--	---	--	--	--

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE GESTION INTERNE ET DE MANAGEMENT				
<u>Action 1</u> : former des aides soignantes en qualité d'assistantes en gérontologie pour améliorer la prise en charge des résidents atteints de démence <u>Action 2</u> : former les équipes à la prise en charge des patients Alzheimer pour assurer une meilleure prise en soins des résidents Alzheimer par la formation des	Objectif 4 : Développer une politique de recrutement et de formation adaptée	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan Institutionnel : - Transformations de postes prévues par la Convention Tripartite réalisées par études promotionnelles - formation continue 	EC	Difficulté liée au recrutement de médecins gériatres (postes vacants).

<p>équipes</p> <p>Action 3 : accompagner par la formation la mise en œuvre du projet de soins</p> <p>Action 4 : Renforcer la prise en charge médicale pour répondre à l'augmentation des besoins médicaux des résidents</p> <p>Action 5 : valoriser et optimiser les formations diplômantes pour promouvoir la mutualisation des savoirs / favoriser les actions transversales en s'appuyant sur les agents diplômés (escarres, prise en charge des déments, qualité, hygiène, douleur)</p>		<p>■ <u>Plan de formation du Pôle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formations spécifiques en lien avec les besoins des résidents : douleur, escarres, fin de vie, chutes, et évaluation de l'autonomie - Formations actions sur la maladie d'Alzheimer - Recensement des professionnels informés et nomination de référents - Formation de 2 ASG minimum par an - dédier un temps agent de remplacement - Campagne de recrutement de temps médical pour renforcer le temps de coordination. <p>■ Favoriser <u>la mobilité</u> au niveau polaire et institutionnel, source de prévention de la maltraitance et du développement de compétences</p> <p>■ Mise en place <u>d'évaluation annuelle</u> des compétences afin d'accompagner les personnels dans le développement des compétences</p>			
<p>Action 1 : - augmenter la qualification en aides-soignantes</p>	<p>Objectif 5 : Structurer et stabiliser la gestion et l'organisation des ressources humaine</p>	<p>■ Transformations de postes prévues par la Convention Tripartite réalisées par études promotionnelles</p>	<p>R</p>	<p>- repositionnement des ASH sur leurs fonctions</p>	
Intitulé fiches action		Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE GESTION INTERNE ET DE MANAGEMENT (suite)					
<p>Action 1 : - poursuivre la politique d'amélioration et d'adaptation des équipements à la prise en charge des personnes âgées</p>	<p>Objectif 6 : S'inscrire dans une ou plusieurs démarches d'achats mutualisés permettant de réaliser de potentielles économies d'échelles.</p>	<p>■ plan d'équipement pluriannuel du pôle EHPAD</p>	<p>R</p>		

	Objectif 7 : Transmettre le rapport médical annuel à l'ARS selon le modèle et les modalités définies au niveau régional	Temps médical restreint jusqu'à présent et dossier résident non informatisé		Difficulté liée au recrutement de médecin gériatre Pas de modèle régional (en attente...)
--	---	---	--	--

AXE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

Action 1 : informatisation du dossier résident •former les équipes •protocoles et procédures à formaliser	Objectif 8 : Poursuivre et systématiser l'approche pluridisciplinaire pour une amélioration de la prise en charge des différentes étapes, du parcours du résident par les professionnels (accueil, durant le séjour au quotidien)	<ul style="list-style-type: none"> ■ - formaliser les étapes du circuit de prise en charge ■ - acquisition d'un logiciel métier dédié EHPAD : 40 000 euros en 2013 à réévaluer 	NR	
Action 1 : améliorer le circuit du médicament (en lien avec la démarche qualité du CHP) •poursuivre l'EPP en cours sur le circuit du médicament •former et sensibiliser le personnel •mieux définir les missions de chaque soignant dans le circuit et optimiser les organisations •mettre en place des outils adaptés permettant une amélioration du circuit. (prescription informatisée, chariots de distribution de médicaments ...)	Objectif 9 : Développer la qualité des prescriptions médicamenteuses et le circuit du médicament	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informatisation du circuit du médicament, en lien avec le CHP ■ Plan de formation : axe institutionnel ■ Acquisition de matériel adapté aux différentes étapes du circuit 	EN COURS	

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS (suite)				
Action 1 : former et sensibiliser les professionnels institutionnels et libéraux des EHPAD à ces prises en charge spécifiques	Objectif 10 : Améliorer les prises en charge spécifiques, dans le cadre des démarches institutionnelles et départementales Améliorer la prévention, le dépistage et	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de formation : axe institutionnel et plan de formation du pôle ■ Travail en réseau avec les comités (CLAN, CLUD...) et les équipes 	REALISE EN GRANDE PARTIE	Difficile sensibilisation des libéraux intervenant sur les EHPAD

<p>Action 2 : développer des actions en lien avec les comités et commissions institutionnels portant sur ces thématiques.</p>	<p>la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique, réduire le risque de chute, améliorer la prévention et la prise en charge des escarres (Angélique, Q95), garantir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires, garantir la prise en charge de la douleur, assurer l'accompagnement de la fin de vie</p>	<p>mobiles (Douleur, Soins Palliatifs...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cabinet dentaire ■ Centre EHPAD Ressources ■ PTA ■ MAIA 		
<p>Action 1 : systématiser le projet de vie individualisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • établir le projet individualisé pour chaque nouvel entrant • formaliser et actualiser régulièrement le recueil de données du dossier de soins du résident <p>Action 2 : assurer le suivi et l'évaluation du projet individualisé</p>	<p>Objectif 11 : Intégrer les besoins des résidents et leur évolution dans les pratiques professionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocole du projet personnalisé d'accompagnement appliqué à chaque résident, selon les recommandations de l'ANESM ■ Augmentation de la qualification des équipes ■ Suivi des PPA réalisé par les Cadres et les IDE GDR EF (accompagnement des équipes à la démarche avec les outils mis en place) ■ - renforcer la prise en compte de la parole des résidents 	<p>EC : Protocole et outils mis en place</p> <p>EC : réévaluation systématique des PPA réalisée</p> <p>EC : Appropriation en cours de finalisation par les équipes</p> <p>EC</p>	<p>Démarche PPA en cours d'appropriation par les équipes avec comme support interne les cadres et les IDE GDR EF qui en assurent le suivi.</p>

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE INSCRIPTION DANS UNE DYNAMIQUE TERRITORIALE				
<p>Action 1 : Mettre en place la</p>	<p>Objectif 12 : Assurer la coordination avec les professionnels libéraux</p>		NR	<p>Prévue en 2017 Temps de coordination</p>

Commission de Coordination Gériatrique				restreint n'ayant pas encore permis de mettre la commission en œuvre
<p>Action 1 : Mettre en place une équipe mobile d'évaluation en lien avec la filière gériatrique du CHP, des urgences à la sortie du malade pour améliorer la pré-admission</p> <p>Action 2 : Développer les partenariats avec les autres institutions et les structures régionales et départementales</p> <p>Action 3 : Participer à l'expérimentation « EHPAD Centre Ressources » visant à créer des interactions sur la structure et le territoire par des actions à visée préventive et thérapeutiques.</p>	<p>Objectif 13 : Organiser des partenariats permettant de fluidiser le parcours, par le biais de relations formalisées</p>	<p>Cf. Filière gériatrique du projet du GHT</p> <p>Participation aux réunions et instances départementales et régionales</p> <p>Cf. Projet Centre EHPAD Ressources Consultation Fragilités ouverte et extension au grand Périgueux en cours ainsi que des formations en rayonnement sur l'ensemble du Périgord</p>	<p>EC</p> <p>R</p> <p>R</p>	<p>Cf. Projets : Pérennisation et déploiement de la consultation infirmière de prévention des fragilités et de maintien de l'autonomie Optimisation de l'efficacité de la coordination par la pérennisation du Centre de ressources EHPAD au-delà de la consultation Infirmière précitée.</p>

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE INSTITUTIONNEL				
Action 1 : Poursuivre le déploiement du projet ALZHEIMER et évaluer sa mise	Objectif 14 : Adapter les espaces de vie	Le déploiement via des structures labellisées est actuellement abandonné au profit d'un projet de création d'une unité spécifique : PAPHV (Pôle	En cours de réflexion	

<p>en dans le nouveau bâtiment le Félibres (espace Alzheimer de 192 lits)</p> <ul style="list-style-type: none"> • poursuivre la démarche projet avec le comité de pilotage et les groupes de travail associant utilisateurs et services logistiques • définition des différentes organisations et des circuits • choix d'équipements adaptés <p>Action 2 : réhabiliter les pavillons du site Parrot</p> <ul style="list-style-type: none"> •élaborer un Plan directeur gérontologique 		<p>d'Activité pour les Personnes Handicapées Vieillissantes) à destination des handicapés mentaux et malades psychiatriques.</p>	<p>REPORTE</p>	
---	--	--	----------------	--

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 ?

PROJETS

- **DIMINUER LES CAPACITES DE BEAUFORT MAGNE AU PROFIT DE L'USLD POUR REpondre AUX BESOINS DE TERRITOIRE → IDEALEMENT 36 LITS D'EHPAD TRANSFORMES EN SLD (Extension architecturale cohérente et compétences en place)**

L'USLD accueille une population de plus en plus polypathologique. Nous disposons actuellement d'une autorisation de 60 lits d'USLD, mais nombre de nos résidents évoluent et présentent aujourd'hui un profil de prise en charge de type USLD. Un accueil, idéalement constitué d'une capacité de 96 lits permettrait l'optimisation de la prise en charge de ces résidents. Nous souhaiterions de ce fait transformer 36 lits de l'EHPAD BEAUFORT MAGNE en lits d'USLD (Rez-de-chaussée et 1^{er} étage *complet* du pavillon les Douglas),

- **PROJET : PAPHV - UNITE SPECIFIQUE POUR LES PSYCHIATRIQUES VIEILLISSANTS (UNITE DE 48 LITS) SUR BEAUFORT MAGNE :**

La volonté d'accueillir/accompagner ces personnes dans notre structure s'inscrit dans le projet d'établissement / projet de pôle, mais répond également à l'orientation nationale visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un handicap mental et/ou psychique.

Actuellement nous accueillons ce profil de résidents au pavillon les Douglas sans projet de vie spécifique adapté.

Le projet repose d'ores et déjà sur les financements de personnel médical et de psychomotricien prévus dans le cadre de notre passage en tarif global. Un renforcement de l'équipe d'animation et la création d'un poste d'éducateur spécialisé favoriserait cette mise en place et sa continuité ainsi qu'une ouverture sur de l'accueil de jour.

- **CREATION D'UNE OFFRE DE REPIT / ACCUEIL DE JOUR**

Une réflexion sera menée sur les capacités de l'EHPAD Parrot et sur l'augmentation du nombre de lits d'USLD (cf. 60 lits existants à la Meynardie).

Sur l'accueil de jour, les autorisations se font par 6 lits. Une réflexion devra être menée en ce sens.

Une réflexion devra exister sur l'hébergement temporaire (Cf. 5 lits supplémentaires) pour ceux qui ont un plan d'aide à domicile, mixé à l'accueil hôtelier de type répit « touristique » pour les aidants.

- **DEPLOIEMENT DEPARTEMENTAL DU DISPOSITIF TERRITORIAL DE DEPISTAGE DES FRAGILITES DE LA PERSONNE AVANCANT EN AGE (65 ans) PORTE PAR LE CENTRE DE RESSOURCES EHPAD**

Axe du projet expérimental Centre de ressources EHPAD financé de manière non reconductible par l'ARS depuis 2014, pérennisation et déploiement départemental de la consultation infirmière de prévention et de maintien de l'autonomie permettraient de satisfaire un besoin non couvert actuellement dans le parcours patient personne avançant en âge : le dépistage des fragilités. Cette mission de prévention en santé publique s'inscrit dans le parcours de la personne vieillissante pour favoriser son maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles en repoussent la survenue de la dépendance.

- **SOUTENIR, RENFORCER, OPTIMISER LA COORDINATION DES STRUCTURES ET DES SERVICES AU BENEFICE DE LA PERSONNE AVANCANT EN AGE**

Le Centre de Ressources EHPAD est, entre autres, à l'origine des échanges entre les structures médico-sociales (du secteur privé comme du secteur public) du département via la plateforme ALFRESCO. Dans ce cadre un site dédié aux EHPAD du département permettra une mise en partage de documents, informations, méthodes et outils en lien avec les thématiques de travail : la citoyenneté des résidents en EHPAD, la Culture comme vecteur d'ouverture « à » et « sur » son environnement, l'aide et le soutien aux aidants d'EHPAD et les coopérations entre services, structures et acteurs médico-sociaux par territoire de proximité et niveau départemental.

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

-
- **EHPAD BEAUFORT-MAGNE**

EHPAD BEAUFORT MAGNE Erreur ! Signet non défini.

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM	3 -
2. ELEMENTS TRANSVERSAUX	3 -
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE	3 -
2.1.1. Mutualisation.....	3 -
2.1.2. Situation financière du gestionnaire	3 -
2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM	4 -
2.2.1. Évaluations internes et externes.....	4 -
2.2.2. Coopérations et conventions.....	5 -
2.2.3. Politique des ressources humaines.....	7 -
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS.....	10 -
2.2.5. Innovations en santé	11 -
3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS	11 -
3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE	11 -
3.1.1. État des lieux (Tableau De Bord de la Performance)	11 -
3.1.2. Analyse des données du tableau de bord	14 -
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES	16 -
3.2.1. Activité - EHPAD BEAUFORT MAGNE	16 -
3.2.2. Ressources humaines - EHPAD BEAUFORT MAGNE.....	16 -
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD BEAUFORT MAGNE	18 -
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD BEAUFORT MAGNE	21 -
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD BEAUFORT MAGNE.....	25 -
4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE	33

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	Dotations Globalisées Commune 2017
240004390	EHPAD BEAUFORT MAGNE	PUBLIC	324	324	13.507.941,39
240004408	EHPAD PARROT	PUBLIC	163	168	5.582.192,30
240006304	USLD	PUBLIC	60	60	3.078.941,53
TOTAL					22.169.075,22

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 : Oui / Non

Si oui y-a-t-il une autorisation de frais de siège : Non

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			

Conformément à recommandations du Conseil Départemental et de l'ARS, du temps de personnel des différentes directions fonctionnelles est directement affecté aux Budgets E1 et E2 dont au total :

- 0.5 ETP d'adjoint des cadres de la Direction des Affaires Financières,
- 0.5 ETP d'adjoint des cadres de la Direction des Ressources Humaines,
- 0.5 ETP d'adjoint des cadres de la Direction des Achats,
- 0.5 ETP d'adjoint des cadres pour la facturation / informatique,

2.1.2. Situation financière du gestionnaire

Résultats comptables du siège

TOUT BUDGET CONFONDU

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes		211 595 796,50	207 778 961,66
Dépenses		205 050 429,46	202 284 891,03
Net		6 545 367,04	5 494 070,63
Retraitements comptables (<i>variation des congés payés, reprises...</i>)		5 973 366,98	5 899 979,49
RESULTAT A AFFECTER		+ 572 000,06	- 405 908,86

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. Évaluations internes et externes

L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe doivent être annexés au CPOM.

Évaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Échéances des futures évaluations internes
EHPAD BEAUFORT MAGNE	31/12/2013	03/01/2022
EHPAD PARROT	31/12/2013	03/01/2022

Évaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Échéances des futures évaluations externes
EHPAD BEAUFORT MAGNE	31/10/2014	31/10/2024
EHPAD PARROT	31/10/2014	31/10/2024

Préciser les éléments positifs, issus des évaluations ou non, pouvant être transposés aux ESMS du CPOM : Les 2 EHPAD font partie du Centre Hospitalier de Périgueux, organisme gestionnaire. Les 2 EHPAD et l'USLD constituent 1 pôle d'activité qui bénéficie à ce titre d'un encadrement par une équipe de direction et d'encadrement mutualisée.

ESMS couverts par le CPOM	Éléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS
SANS OBJET			

2.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		L'EHPAD est rattaché au CH Périgueux et a donc accès facilement à l'HAD et aux équipes mobiles spécialisées
Une équipe mobile de gériatrie	X		
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		
Une ou plusieurs officines de pharmacie	NC	NC	L'EHPAD est rattaché au CH Périgueux avec PUI
Un établissement de santé	X		L'EHPAD est géré par le CH Périgueux
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		
Un réseau de soins palliatifs	X		
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)	X		Maisons des réseaux
Un cabinet dentaire	X		Un cabinet dentaire est ouvert le 6 juillet 2017 dans les murs de l'EHPAD afin d'accueillir les populations de nos EHPAD ainsi que d'autres EHPAD DU TERRITOIRE ; Par ailleurs, chaque EHPAD a des aides-soignants formés en hygiène bucco-dentaire. Accueil d'étudiants à partir de mai 2018
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA		X	Projet ne correspondant pas aux cahiers des charges actuels
Association « les Boules au nez »	X		Animations Clowns dans les unités protégées
IUT Bordeaux - Périgueux	X		Jardin thérapeutique, Atelier culinaire
Associations culturelles (Asso. Occitanes, Chorales, Cinespagnol, Expoésie...)	X		Animations et activités culturelles
Activités culturelles	X		Pèlerinages organisés
Organismes de formations initiales et continues (MFR, Lycées professionnels, IFAS-IFSI,....)	X		Accueil de stagiaires en découverte et renforcement des compétences
MAIA	X		Parcours labellisé de la personne âgée sur le territoire
VMEH	X		Bénévoles intervenant sur les 3 bâtiments
Coiffeur	X		Convention d'utilisation des salons de coiffure de l'EHPAD
Écoles primaires et maternelles, Centre aéré	X		Renforcement des liens intergénérationnels

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
CASSIOPEA	Projets communs Apports d'expertise (Ex : Bracelet de géolocalisation) Aide aux aidants		
Ville de Périgueux et de Trélissac	Exploitation des activités - intégration dans la ville (Médiathèques, Odyssée, La filature de l'Isle...)	Que la ville vienne organiser des événements dans l'EHPAD	Ouverture de l'EHPAD sur son environnement
Conseil Départemental de la Vie Sociale (CDVS)	Accueil et participation active de professionnels	Renforcement de la participation des résidents et familles	Instance qui favorise le partage entre EHPAD
Association des usagers	Maison des usagers du CHP		

La participation de l'EHPAD au GHT est-elle envisagée (EHPAD publics) ?

Le GHT n'intègre pas les ESMS en tant que tels. L'intégration semble se faire par des fonctions supports (SIH, PUI...).

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 BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT		Adéquation des projets professionnels des agents recrutés au milieu médico-social Convergence des effectifs vers les conventions tripartites	
EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	Prise en compte institutionnelle de l'absentéisme	Reconnaissance institutionnelle du présentéisme	
EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	Mutualisation des Ressources Humaines avec le CHP	Adapter les moyens aux besoins	
EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	Mise en place de ressources humaines dédiées à la prévention des Risques Psycho-Sociaux	Moyens adaptés	
EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT		Politique connue en terme de Qualité de Vie au Travail	

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du questionnaire 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		Budget institutionnel comprenant un certain nombre de formations Enveloppe dédiée au pôle faisant l'objet d'un arbitrage en conformité avec le projet du pôle / établissement	Augmentation de ce budget compte-tenu du nombre d'ETP Mise en œuvre suivant le calendrier défini	
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?		X		Création d'un plan GPEC global avec une déclinaison par pôle	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	X				
Adéquation du personnel aux missions ?				Poursuivre les requalifications engagées Réévaluer les effectifs soignants au regard des besoins Améliorer l'attractivité du pôle EHPAD	

Projection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite

ESMS couverts par le CPOM	Nombre d'ETP susceptibles de partir en retraite	Qualification des personnels concernés	Montant indemnités départ en retraite (Privés) et CET (publics)	Politique RH : Remplacement, mutualisation ou suppression poste
ANNEEN : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	8	2IDE 3AS 3ASHQ	-	Remplacement
ANNEEN +1 : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	8	1IDE 6AS 1ASHQ	-	Remplacement
ANNEEN + 2 : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	4	2AS 2ASHQ	-	Remplacement
ANNEEN + 3 : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	4	2AS 2ASHQ	-	Remplacement
ANNEEN + 4 : EHPAD BEAUFORT MAGNE EHPAD PARROT	10	1IDE CADRE 1IDE 3AS 5ASHQ	-	Remplacement
TOTAL	34	34	24 CET	
Provisions déjà constituées			3 780 €	
RESTE A FINANCER				

2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?
Équipe médicale	Continuité médicale et coordination unique	Informatisation du dossier du résident Partage de compétences /expérience non subi	
Équipe d'encadrement et de direction	Équipe managériale médico-sociale : Travail collectif autour de projets transversaux et innovants		Facilitateur
Équipe administrative	Harmonisation des pratiques Guichet unique d'entrées aux EHPAD Outils institutionnels		Facilitateur
Équipe soignante	Réactivité+++ : Le remplacement de l'absentéisme est facilité		Facilitateur Limitation de la mutualisation pour préserver la spécificité des projets de chaque unité d'accueil Fragilisation des repères pour les résidents
Instances	<ul style="list-style-type: none"> - La commission d'admission commune aux EHPAD et à l'USLD permet une meilleure orientation des personnes selon leur profil (Guichet Unique) - Le Conseil de la vie sociale commun aux 2 EHPAD et à l'USLD permet une vision synthétique et une présence plus dynamique - L'ensemble des autres commissions propres aux EHPAD sont également mutualisées (menus, linge, animation...) - Les instances institutionnelles du CHP amènent compétences et expertises : EOHH, CLAN, Comité d'éthique, CLUD, CPS, ... 		<p>→ Une « vraie » réponse à la demande d'admission compte-tenu de la gamme d'offre d'accueil du pôle EHPAD - USLD du CH Périgueux.</p> <p>→ Vision synthétique qui évite les « redites » : meilleure efficacité</p>

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*) ?

Le pavillon Les Félibres, ouvert en 2012, regroupe 4 unités spécifiques dédiées à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Il s'agit d'unités protégées permettant une déambulation « libre » et sécurisée, et par conséquent une approche non médicamenteuse des comportements et troubles liés à ces maladies.

- Autres actions innovantes (*Ex : développement de la domotique, Silver Economie...*) ?
Projets d'acquisition d'un Motomed et d'un espace SNOEZELEN (en fonction des financements).

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *État 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. État des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

a) Données de caractérisation

Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif global/partiel*) :
 - Modalités de tarification (*avec ou sans PUI*) :
 - Autorisation spécifique (*UHR / Unité Spécifique Alzheimer / PASA / ESA*) :
- ###### Contractualisation
- Signature d'une convention tripartite : Oui/Non

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 : Oui/Non

Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : Oui/Non
- Organisation comprenant un pool de remplacement : Oui/Non
- Nature du diplôme du Directeur :

Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : Oui/Non
 - Accès à un groupe électrogène : Oui/Non
 - Nombre de chambres individuelles :
 - Organisation des transports accueil de jour : interne/externe/mixte
 - Plateau technique/Équipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) :
- ###### Partenariats, conventions et coopérations
- Signature de la convention Plan Bleu : Oui/Non
 - Partenariat avec un réseau de santé: Oui/Non
 - Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale: Oui/Non
 - 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 charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?
- Dernier GMP connu :
- Dernier GMP validé :
- Dernier PMP connu :
- Dernier PMP validé :

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 %
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %
Quelle est le niveau d'activité de l'ESMS ?
- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) :
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 cœur de métier ?

- Taux d'ETP vacants au 31/12 :
- Taux de prestations externes :
L'organisation est-elle structurée et stable ?
- Taux d'absentéisme (hors formation) :
- Taux d'absentéisme par motif :

d) Finances et budget (axe n°3)

Ces données sont à extraire du dernier compte administratif validé.

Quelle est le niveau d'exécution budgétaire ?

- Taux d'atteinte des prévisions des recettes :
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses :
Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?
- Taux de CAF :
- Taux de vétusté des constructions :
- Taux d'endettement :
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes :
Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ?
- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) :
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) :
Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?
- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
- Taux d'utilisation de la dotation en soins :
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins :

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)

État d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe

- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne (EI) : en cours, la progression de plan d'amélioration continue de la qualité a été freinée pour diverses raisons (ex : parution d'un nouveau modèle de contrat de pôle, passage au CPOM impliquant une éventuelle fusion des établissements, absentéisme ayant ralenti les démarches de formations...)
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : Ok

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 : Les EHPAD disposent de progiciels communs à l'organisme gestionnaire en terme de dossier administratif et de gestion financière. En revanche le dossier du résident n'est toujours pas informatisé, ce qui alourdit considérablement la traçabilité des pratiques. Cependant une avancée sur le circuit du médicament est à noter : déploiement progressif du logiciel Pharma Web sur les unités disposant de médecins hospitaliers, et en cours sur les unités où interviennent principalement les médecins de ville libéraux.

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

ESMS BEAUFORT-MAGNE	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	<p>Un prix de journée accessible</p> <p>Établissement rattaché au Centre Hospitalier de Périgueux :</p> <p>→ Les équipes mobiles interviennent sur demande aux EHPAD, et en particulier dans l'accompagnement de fin de vie</p> <p>→ Les fonctions supports et les plateaux techniques sont accessibles H24</p> <p>→ L'équipe HAD intervient sur demande des médecins traitants EHPAD.</p>	<p>Conditions d'accueil architecturales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Beaucoup trop de chambres doubles sur le pavillon les Douglas) sans aucune intimité ✓ Locaux anciens et dégradés ✓ Manque de locaux à usage collectif pour l'animation et/ou pour l'accueil des familles. <p>De plus en plus difficile à louer. Les chambres ne sont que très rarement libres, les résidents présents n'ayant souvent pas d'autres options.</p>	<p>La structure architecturale contrainte limite la diversification des modes d'accueil</p>
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	<p>Un EHPAD intégré dans le parcours santé du résident (résidents venant d'un établissement de santé)</p> <p>GMP élevé lié à la politique d'accueil de cet EHPAD (part des GIR 1 et des GIR 2 très élevée) ==> part de la population Alzheimer supérieure à 60% des résidents</p> <p>Personnel formé</p> <p>Taux d'hospitalisation inférieur à la médiane (meilleure prise en charge sanitaire des résidents)</p>	<p>Finaliser le projet d'unité spécifique d'accueil des personnes âgées atteintes de maladies psychiatriques (PAPHV)</p> <p>Informatiser le dossier du résident</p> <p>Taux de Dérogation bien plus élevé que la médiane des établissements de même profil</p> <p>Calcul d'un nouveau Pathos (le PMP dernière date de validation : 2011) par structure juridique.</p>	<p>L'EHPAD BEAUFORT MAGNE a pour vocation d'accueillir pour 60% des malades Alzheimer et apparentés et pour 40% des personnes fortement dépendantes. L'EHPAD PARROT ayant pour vocation l'accueil des résidents évalués plus autonomes (GIR 3 et 4).</p>
Axe n°2 : Ressources humaines	<p>Un EHPAD doté en ressources paramédicales (conséquence d'une population accueillie très dépendante) en comparaison des autres ESMS et une pyramide des âges assez concentrée sur les 30-39 et 40-49 ans.</p> <p>Malgré un ressenti très négatif de l'absentéisme impactant le fonctionnement au quotidien, le taux de notre EHPAD est inférieur à la médiane en 2017 mais augmentation du taux en 2018.</p>	<p>Poursuivre une politique de recrutement plus adaptée au milieu médico-social.</p> <p>Multiplier les compétences en fonction des projets de service : AMP et ASG pour Alzheimer, Educateur - Moniteur éducateur, psychomotriciens pour la psychiatrie.....</p> <p>Les motifs principaux d'absentéisme sont l'arrêt maladie de moyenne durée et les accidents du travail, dont l'analyse doit être initiée avec la DRH et la DS.</p> <p>Création d'un Comité de Pilotage « QUALITE DE VIE AU TRAVAIL » (Copil QVT).</p> <p>Création d'un poste d'adjoint des cadres chargé de la gestion des plannings.</p>	<p>L'EHPAD affiche un taux de rotation assez élevé : cet état de fait est dû aux mouvements internes entre les EHPAD, l'USLD et les services hospitaliers du CH Périgueux.</p>

ESMS BEAUFORT-MAGNE	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Axe n°3 : Finances et budget	<p>Une occupation forte => des recettes hébergement importantes, ne permettant cependant pas de compenser des charges d'amortissements de construction importante.</p> <p>La répartition par section tarifaire fait apparaître une part soins inférieure aux autres ESMS. La dotation « Soins » est sur-utilisée, du fait essentiellement des charges de personnel émergeant sur cette section, l'EHPAD BEAUFORT MAGNE ayant fonctionné sur le modèle de la tarification globale (anciens lits de SLD). Le passage en tarif global à effet rétroactif au 01/01/2016 permettra de régulariser cet état de fait.</p>		<p>Le profil de notre EHPAD en termes de recettes par titre montre une sous représentation des recettes « soins » (dotation) par rapport aux autres ESMS, et une occupation supérieure (recettes hébergement).</p> <p>Quant aux dépenses, elles sont marquées par les fortes charges d'amortissement liées à la construction du bâtiment Les Félibres.</p>
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	<p>L'EHPAD BEAUFORT MAGNE, dans le cadre de son rattachement au Centre Hospitalier de Périgueux bénéficie de l'expertise de ses différentes directions notamment de celle de la Qualité et du Système Informatique</p> <p>Analyse des causes profondes / Gestion des Risques.</p>	Le plus gros frein technique est l'absence d'informatisation du Dossier Résident.	

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.1. Activité - EHPAD BEAUFORT MAGNE

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques (capacité x365j)	118.260		
Journées réalisées	116.236		
Taux d'occupation	98,29%		

Explication sur le niveau du taux d'occupation, et solutions pour optimiser ce taux :

Le taux d'occupation de notre EHPAD BEAUFORT MAGNE est différent selon la population accueillie : Le pavillon Les félibres accueille 192 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. La liste d'attente est très importante compte-tenu de l'univers protégé et dédié de ces unités et du tarif journalier et le taux de rotation est faible : 99,50% de taux d'occupation. Cependant les 132 lits restants se situent dans un pavillon accueillant des résidents dépendant et notamment des malades psychiatriques vieillissants, sur lequel est également établi l'USLD. Nous accueillons des résidents relevant de cette dernière structure sur les lits d'EHPAD, entachant le taux d'occupation EHPAD de ce pavillon, ainsi, une réflexion sur l'architecture du pavillon les Douglas et sur l'augmentation des capacités de l'USLD sont à mener dans le cadre du CPOM

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.

En mai 2018 la liste d'attente commune aux 3 entités du pôle EHPAD USLD s'élève à 135 ; En effet une commission d'admission commune hebdomadaire a été choisie afin d'orienter au mieux les demandes d'admission.

3.2.2. Ressources humaines - EHPAD BEAUFORT MAGNE

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadrement	Hébergement	Dépendance	soin	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres
Direction/administration	7,04	0,02	7,04	-	-		
Services généraux	0,75	0,00	0,75	-	-		
Animation / Service Social / Mandataire	1,88	0,01	1,88	-	-		
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	58,12	0,18	40,68	17,44	-		

Aide-soignant- AMP-ASG	94,72	0,29	-	28,42	66,30		
Psychologue	1,50	0,00	-	1,50	-		
Infirmière	34,02	0,11	-	-	34,02	2,00	
Auxiliaires médicaux	-	-	-	-	-		
Pharmacien ou préparateur	0,60	0,00	-	-			0,60
Médecin coordonnateur	0,50	0,00	-	-	0,50	0,30	
Autre fonction (à préciser)	5,15	0,02	0,48	-	4,67	0,27	-
Cadre de proximité	3,00	0,01	-	-	3,00	-	
Médecins salariés	5,15	0,02	0,48	-	4,67	0,27	-
TOTAL	203,80	0,63	50,35	47,35	105,49	2,57	0,60

▪ Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure :

- Nombre de médecins traitants salariés : 3
- Nombre de médecins traitants libéraux : 30

Commentaires éventuels : Les fonctions d'animation sont occupées par des AS AMP et ASHQ. La situation devrait graduellement être de faire adhérer les grades aux fonctions.

Taux d'absentéisme par catégorie et par motif (cf. bilan social n-1)

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (<ou=à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
Adjoint administratifs	0,03%	0,02%	0
Aides Soignants	4,42%	0,29%	15
Assistante Médico-Administrative	0,01%	0,01%	0
AMP	0,11%	0,00%	0
ASH	3,32%	0,24%	6
CADRE	0,01%	0,01%	0
IDE	1,14%	0,11%	4
PSYCHOLOGUE	0,01%	0,01%	0

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD BEAUFORT MAGNE

Analyse budgétaire et financière, par ESMS, des trois derniers comptes administratifs.

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

Les recettes sur la période :

EHPAD BM	2017				2016				2015			
	Héberg.	Dép.	Soin	Total	Héberg.	Dép.	Soin	Total	Héberg.	Dép.	Soin	Total
Total Titres de recettes	6 097 179	1 937 059	5 661 097	13 695 335	6 150 178	1 838 017	5 746 696	13 734 891	6 268 242	2 012 243	4 768 910	13 049 394
Titre 1	0		5 494 459	5 494 459		1 830 185	5 372 060	7 202 245			4 737 553	4 737 553
Titre 2	0	1 862 036		1 862 036				0		1 825 986		1 825 986
Titre 3	5 970 569	0		5 970 569	5 980 067			5 980 067	5 952 025			5 952 025
Titre 4	126 610	75 023	166 638	368 271	170 110	7 832	374 636	552 579	316 216	186 257	31 358	533 830

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :

o Les recettes d'exploitation :

Globalement les recettes augmentent légèrement mais ne compensant pas la baisse de récupération des produits sur les exercices antérieurs. 2016 a été marquée par le passage au tarif global avec effet rétroactif au 1^{er} janvier.

Il est à noter également que Beaufort Magne bénéficie de crédits non renouvelables à hauteur de 100.000€ par an pour le projet expérimental EHPAD Centre Ressource. La volonté de vouloir pérenniser ce projet fera l'objet d'une fiche action du CPOM.

Les dépenses sur la période :

EHPAD BM	2017				2016				2015			
	Héberg.	Dép.	Soin	Total	Héberg.	Dép.	Soin	Total	Héberg.	Dép.	Soin	Total
Total Titres de dépenses	6 125 433	2 013 824	5 398 011	13 537 267	6 300 125	2 039 298	5 164 526	13 503 949	6 377 845	2 039 950	4 851 668	13 269 463
Titre 1	2 477 079	1 874 829	4 823 798	9 175 706	2 153 483	1 903 405	4 781 832	8 838 720	2 275 796	1 908 475	4 449 952	8 634 223
Titre 2	0	0	474 380	474 380			352 745	352 745			366 840	366 840
Titre 3	2 355 362	132 447		2 487 808	2 576 664	128 893		2 705 557	2 496 206	124 928		2 621 134
Titre 4	1 292 993	6 548	99 832	1 399 372	1 569 978	7 000	29 949	1 606 927	1 605 843	6 548	34 876	1 647 267

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

o Les charges d'exploitation :

Les dépenses d'hébergement ont été contenues, notamment les dépenses d'alimentations grâce aux efforts réalisés par l'UCP qui produit les repas des résidents, sans impact sur la qualité et la quantité.

D'une façon générale, la section hébergement de l'EHPAD Beaufort-magne connaît un déficit chronique depuis 6 ans à savoir :

La problématique de financement de la section hébergement est due à l'effet combiné d'un tarif faible qui ne permet pas de financer la totalité des moyens de prise en charge des résidents depuis 2012 et d'un niveau maximal de dépenses de fonctionnement engendré par la capacité en lits de la structure.

Par ailleurs, l'augmentation dérisoire du tarif hébergement en 2016 est la conséquence d'une non couverture de la totalité de dépenses de la section.

Nous appliquons un fonctionnement et une organisation hospitalière à un EHPAD engendrant ainsi un surcoût financier, cependant en 2017, l'excédent de la section soins est justifié par une augmentation de la dotation soins d'un montant de +611 076 euros en 2016 qui est la conséquence d'un passage au tarif global. Les dépenses médicales sont restées relativement stables dans la mesure où du personnel médical était déjà affecté à la structure. Le surplus dû au recours des kinésithérapeutes de ville, aux laboratoires représente aujourd'hui une augmentation d'approximativement 120 000 euros.

▪ **Résultats à affecter :**

ESMS BEAUFORT MAGNE		2017	2016
Recettes			
Dépenses			
Net			
Retraitements comptables (<i>variations congés payés, reprises...</i>)			
Résultat à affecter			
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES			
N-1			
N-2			
N-3			

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

Oui/Non

Durée : ans

Période du / / Au / /

Objectif du PPI :

détailler la programmation et expliquer les objectifs principaux
(joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.)

Tableau des provisions et réserves :

État des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS BEAUFORT MAGNE	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	
Provisions pour risques et charges	
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	

Commentaires :

Projets d'investissement

Des projets sont-ils en cours de réflexion ou de mise en œuvre (*mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction...*) ?

Mise en place de l'étude d'un schéma directeur est en cours de réflexion du fait de la nécessité d'une restructuration (besoin de financement pour l'étude)

3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD BEAUFORT MAGNE

Cette partie est à renseigner en lien avec les évaluations internes et/ou externes.

ESMS BEAUFORT-MAGNE	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	oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Livret d'accueil mutualisé aux 2 EHPAD et à l'USLD, avec des fiches spécifiques. ■ groupe de travail dédié à l'accueil et admission composée des agents administratifs chargés de l'accueil et des admissions, de l'assistante sociale, d'un cadre et du cadre administratif de pôle 	En cours d'actualisation -	Le livret d'accueil sera commun à l'ensemble des 2 EHPAD : PARROT et BEAUFORT MAGNE
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	oui	Accessible et affichée		
Contrat de séjour	oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ groupe de travail dédié à l'accueil et admission composée des agents administratifs chargés de l'accueil et des admissions, de l'assistante sociale, d'un cadre et du cadre administratif de pôle 	En cours de validation (CVS du 17/05 reporté au 27/06 où le projet sera présenté)	Le contrat de séjour aura un tronc commun à l'ensemble des 2 EHPAD : PARROT et BEAUFORT MAGNE
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	oui	Accessible et affichée		
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	oui	D'autres commissions existent ou sont en cours de mise en place : <ul style="list-style-type: none"> ■ Commission de l'animation ■ Commission des menus ■ Commission du linge. ■ Pauses des aidants ■ CVS très actif 		Boîte à outils du Centre EHPAD Ressources (projet expérimental piloté par l'EHPAD BEAUFORT MAGNE). Les commissions sont communes aux 2 EHPAD
Règlement de fonctionnement	oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ groupe de travail dédié à l'accueil et admission composée des agents administratifs chargés de l'accueil et des admissions, de l'assistante sociale, d'un cadre et du cadre administratif de pôle 	En cours de validation (CVS du 17 mai reporté au 27/06 où le projet sera présenté)	Le règlement de fonctionnement aura un tronc commun à l'ensemble des 2 EHPAD : PARROT et BEAUFORT MAGNE

Projet d'établissement	oui			
------------------------	-----	--	--	--

ESMS BEAUFORT-MAGNE	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
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	oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Groupe de travail institutionnel avec des protocoles mis en place, ■ Formation pluriannuelle des personnels sur l'accompagnement des psychiatriques vieillissants en EHPAD ■ Formation des professionnels à la prise en charge de la maladie Alzheimer. ■ Formation pluriannuel à la méthodologie MONTESSORI adaptée de l'ensemble des personnels 		Pratiques et protocoles communs aux 2 EHPAD
Projet d'accompagnement personnalisé	oui	Equipe pluridisciplinaire + Suivi réalisé par les IDE GDR EF (Gestion des risques et Évaluation des Fragilités) : 1 protocole et 1 outil adapté.	Informatisation du dossier du résident	Pratiques et protocoles communs aux 2 EHPAD
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre EHPAD Ressources ■ Contrat Local de Santé ■ Ouverture d'un cabinet dentaire dans les murs de l'EHPAD à compter de juillet 2017 		
Évènements indésirables : mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les pratiques sont formalisées et connues de tous : protocoles institutionnels ■ Revue mensuelle des EI avec la Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité (DURQ) du CH Périgueux. ■ Mise en place d'analyse de causes profondes et CREX 		
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ■ PAQSS suite à l'évaluation interne et mise en place d'un comité de suivi de la gestion des risques et de la qualité en collaboration avec la 		

		DURQ du CHP → Fiche de mission pour chaque pilote d'action		
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	Oui	Cette appropriation se fait au fil des pratiques et les RBPP sont intégrées aux outils utilisés dans nos EHPAD		

ESMS BEAUFORT-MAGNE	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	Oui	■ Procédures formalisées et mises en pratique en lien avec la DURQ		
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Oui	■ Systématisation du recueil réalisée par les IDE GDR EF (outil existant)	Manque de formalisation : utilisation des outils institutionnels	
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation				
Livret thérapeutique en place	Oui			
Projet individuel de prise en charge pluri-professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	Oui		Informatisation du dossier résident	
Protocole risque de chute	Oui	■ Groupe de travail institutionnel avec protocoles ■ Mission des IDE GDR EF		
Prévention et prise en charge des escarres	Oui	■ Protocoles institutionnels Mission des IDE GDR EF		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	oui	■ Ouverture d'un cabinet dentaire dans les murs de l'EHPAD à compter de juillet 2017, destiné à accueillir nos résidents mais également ceux d'autres Établissements médico-sociaux		

		■ 2 AS dédiés aux soins d'hygiène bucco-dentaire.		
Prise en charge de la douleur	Oui	■ Protocoles institutionnels ■ Mission des IDE GDR EF		
Accompagnement de la fin de vie	Oui	■ Protocoles institutionnels ■ Interventions/Soutien de l'Équipe Mobile d'Accompagnement de Soins de support et Soins Palliatifs ■ Mise en place d'une formation pluriannuelle sur l'accompagnement de fin de vie spécifique aux EHPAD incluant une forte dimension éthique		
ESMS BEAUFORT-MAGNE	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE (SUITE)				
Prise en charge de la dénutrition	Oui	■ Protocoles institutionnels ■ Mission des IDE GDR EF		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	Oui	■ Formations actions d'une trentaine d'agents chaque année ■ Augmentation du temps de Psychologues ■ Poursuite des actions culturelles (MAAP) ■ Poursuite et extension de l'atelier culinaire thérapeutique ■ Obtenir les financements (CNR ou mécénat type Lions Club, Rotary ou Fondation de France) pour l'équipement SNOEZELEN, du Manger-Main ■ PAPHV à mettre en place		

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
<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). 	<p>Procédures revues dans le cadre de la certification HAS de l'USLD et de l'évaluation externe.</p> <p>Équipement des pharmacies (armoires, chariots piluliers...) dans le cadre de la politique institutionnelle de sécurisation du circuit du médicament.</p> <p>Les unités sont en cours d'informatisation pour la prescription aux Félières.</p>

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD BEAUFORT MAGNE

Nom EHPAD : BEAUFORT MAGNE - CHP				
Date d'effet de la convention : JUIN 2014				
Date de fin de la convention : JUIN 2019				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE GOUVERNANCE				
Action 1 : formation actions du personnel	Objectif 1 : Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance : <ul style="list-style-type: none"> - garantir l'exercice des droits et libertés de la personne âgée - promouvoir la bientraitance 	<ul style="list-style-type: none"> - Formations institutionnelles - Renforcement des équipes pour faire vivre la démarche - Augmentation du temps de psychologue à compter de 2017 - Groupe d'analyse des pratiques 	R	La multiplication des outils
Action 2 : inscrire la démarche dans les projets personnalisés d'accompagnement			R	

Action 3 : mettre en place une fiche de signalement spécifique			A	est déléguée et la FSEI institutionnelle est adaptée et connue des personnels
Action 1 : Déployer le projet d'animation de la vie sociale dans toutes les unités <ul style="list-style-type: none"> - Recruter de nouveaux personnels d'animation pour atteindre l'objectif d'un animateur par service - recruter un cadre coordonnateur de l'animation - assurer la qualification des animateurs en place - mise en place du projet d'animation dans toutes les unités, avec programme, évaluation et suivi 	Objectif 2 : Projet d'animation : Mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur de tous les résidents Résultats attendus (en termes qualitatifs et quantitatifs) <ul style="list-style-type: none"> - augmentation du nombre de résidents participant aux animations tout en respectant leurs choix et leur projet de vie - accroissement de la participation des bénévoles et des familles 	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation du nombre d'animateurs, pour tendre vers le ratio cible - un temps d'encadrement pour superviser l'équipe d'animateurs est identifié - mise en place d'une commission d'animations à laquelle participent des représentants de tous les usagers 	EC	Le projet d'animation est en cours de finalisation

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE GOUVERNANCE (suite)				
Action 1 : poursuivre une démarche qualité spécifique aux EHPAD PARROT et BEAUFORT MAGNE <ul style="list-style-type: none"> - développer le travail de coordination entre la cellule qualité du CHP et de l'EHPAD - suivre les recommandations spécifiques aux EHPAD - réaliser une enquête de satisfaction - suivre l'évaluation interne et externe 	Objectif 3 : S'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité <ul style="list-style-type: none"> - évaluer et actualiser les documents qualité en place - mettre en œuvre des actions prévues au plan d'amélioration issu de l'évaluation interne Résultats attendus (en termes qualitatifs et quantitatifs)	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un plan d'actions de l'amélioration continue de la Qualité sur le pôle EHPAD - USLD - Comité de suivi du PAQSS quadrimestriel en collaboration avec la DURQ, dont la cellule Qualité est partie prenante sur différentes actions - Gestion documentaire institutionnelle avec un volet EHPAD - USLD 		L'enquête de satisfaction est en cours d'élaboration

	<ul style="list-style-type: none"> - formalisation des bonnes pratiques en procédures et protocoles - mise en place des actions d'amélioration des évaluations internes et externes 			
--	---	--	--	--

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE GESTION INTERNE ET DE MANAGEMENT				
<p>Action 1 : former des aides soignantes en qualité d'assistantes en gérontologie pour améliorer la prise en charge des résidents atteints de démence</p> <p>Action 2 : former les équipes à la prise en charge des patients Alzheimer pour assurer une meilleure prise en soins des résidents Alzheimer par la formation des équipes</p> <p>Action 3 : accompagner par la formation la mise en œuvre du projet de soins</p>	<p>Objectif 4 : Développer une politique de recrutement et de formation adaptée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Plan Institutionnel :</u> - Transformations de postes prévues par la Convention Tripartite réalisées par études promotionnelles - formation continue ■ <u>Plan de formation du Pôle</u> - Formations spécifiques en lien avec les 	EC	<p>Difficulté liée au recrutement de médecins gériatres (postes vacants).</p>

<p>Action 4 : Renforcer la prise en charge médicale pour répondre à l'augmentation des besoins médicaux des résidents</p> <p>Action 5 : valoriser et optimiser les formations diplômantes pour promouvoir la mutualisation des savoirs / favoriser les actions transversales en s'appuyant sur les agents diplômés (escarres, prise en charge des déments, qualité, hygiène, douleur)</p>		<p>besoins des résidents : douleur, escarres, fin de vie, chutes, et évaluation de l'autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formations actions sur la maladie d'Alzheimer - Recensement des professionnels informés et nomination de référents - Formation de 2 ASG minimum par an - dédier un temps agent de remplacement - Campagne de recrutement de temps médical pour renforcer le temps de coordination. ■ Favoriser la <u>mobilité</u> au niveau polaire et institutionnel, source de prévention de la maltraitance et du développement de compétences ■ Mise en place d'<u>évaluation annuelle</u> des compétences afin d'accompagner les personnels dans le développement des compétences 		
<p>Action 1 : - augmenter la qualification en aides-soignantes</p>	<p>Objectif 5 : Structurer et stabiliser la gestion et l'organisation des ressources humaine</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transformations de postes prévues par la Convention Tripartite réalisées par études promotionnelles 	R	- repositionnement des ASH sur leurs fonctions
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE GESTION INTERNE ET DE MANAGEMENT (suite)				
<p>Action 1 : - poursuivre la politique d'amélioration et d'adaptation des équipements à la prise en charge des personnes âgées</p>	<p>Objectif 6 : S'inscrire dans une ou plusieurs démarches d'achats mutualisés permettant de réaliser de potentielles économies d'échelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ plan d'équipement pluriannuel du pôle EHPAD 	R	

	Objectif 7 : Transmettre le rapport médical annuel à l'ARS selon le modèle et les modalités définies au niveau régional	Temps médical restreint jusqu'à présent et dossier résident non informatisé		Difficulté liée au recrutement de médecin gériatre Pas de modèle régional (en attente...)
--	---	---	--	--

AXE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

Action 1 : informatisation du dossier résident •former les équipes •protocoles et procédures à formaliser	Objectif 8 : Poursuivre et systématiser l'approche pluridisciplinaire pour une amélioration de la prise en charge des différentes étapes, du parcours du résident par les professionnels (accueil, durant le séjour au quotidien)	<ul style="list-style-type: none"> ■ - formaliser les étapes du circuit de prise en charge ■ - acquisition d'un logiciel métier dédié EHPAD : 40 000 euros en 2013 à réévaluer 	NR	
Action 1 : améliorer le circuit du médicament (en lien avec la démarche qualité du CHP) •poursuivre l'EPP en cours sur le circuit du médicament •former et sensibiliser le personnel •mieux définir les missions de chaque soignant dans le circuit et optimiser les organisations •mettre en place des outils adaptés permettant une amélioration du circuit. (prescription informatisée, chariots de distribution de médicaments ...)	Objectif 9 : Développer la qualité des prescriptions médicamenteuses et le circuit du médicament	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informatisation du circuit du médicament, en lien avec le CHP ■ Plan de formation : axe institutionnel ■ Acquisition de matériel adapté aux différentes étapes du circuit 	EN COURS	

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisation		Observations
			Réalisé (R)	En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	
AXE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS (suite)					
Action 1 : former et sensibiliser les professionnels institutionnels et libéraux des EHPAD à ces prises en charge spécifiques	Objectif 10 : Améliorer les prises en charge spécifiques, dans le cadre des démarches institutionnelles et départementales Améliorer la prévention, le dépistage et	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de formation : axe institutionnel et plan de formation du pôle ■ Travail en réseau avec les comités 	REALISE EN GRANDE PARTIE		Difficile sensibilisation des libéraux intervenant sur les EHPAD

<p>Action 2 : développer des actions en lien avec les comités et commissions institutionnels portant sur ces thématiques.</p>	<p>la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique, réduire le risque de chute, améliorer la prévention et la prise en charge des escarres (Angélique, Q95), garantir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires, garantir la prise en charge de la douleur, assurer l'accompagnement de la fin de vie</p>	<p>(CLAN, CLUD...) et les équipes mobiles (Douleur, Soins Palliatifs...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cabinet dentaire ■ Centre EHPAD Ressources ■ PTA ■ MAIA 		
<p>Action 1 : systématiser le projet de vie individualisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • établir le projet individualisé pour chaque nouvel entrant • formaliser et actualiser régulièrement le recueil de données du dossier de soins du résident <p>Action 2 : assurer le suivi et l'évaluation du projet individualisé</p>	<p>Objectif 11 : Intégrer les besoins des résidents et leur évolution dans les pratiques professionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocole du projet personnalisé d'accompagnement appliqué à chaque résident, selon les recommandations de l'ANESM ■ Augmentation de la qualification des équipes ■ Suivi des PPA réalisé par les Cadres et les IDE GDR EF (accompagnement des équipes à la démarche avec les outils mis en place) ■ - renforcer la prise en compte de la parole des résidents 	<p>EC : Protocole et outils mis en place</p> <p>EC : réévaluation systématique des PPA réalisée</p> <p>EC : Appropriation en cours de finalisation par les équipes</p> <p>EC</p>	<p>Démarche PPA en cours d'appropriation par les équipes avec comme support interne les cadres et les IDE GDR EF qui en assurent le suivi.</p>

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE INSCRIPTION DANS UNE DYNAMIQUE TERRITORIALE				
<p>Action 1 : Mettre en place la</p>	<p>Objectif 12 : Assurer la coordination avec les professionnels libéraux</p>		NR	<p>Prévue en 2017 Temps de coordination</p>

Commission de Coordination Gériatrique				restreint n'ayant pas encore permis de mettre la commission en œuvre
<p>Action 1 : Mettre en place une équipe mobile d'évaluation en lien avec la filière gériatrique du CHP, des urgences à la sortie du malade pour améliorer la pré-admission</p> <p>Action 2 : Développer les partenariats avec les autres institutions et les structures régionales et départementales</p> <p>Action 3 : Participer à l'expérimentation « EHPAD Centre Ressources » visant à créer des interactions sur la structure et le territoire par des actions à visée préventive et thérapeutiques.</p>	<p>Objectif 13 : Organiser des partenariats permettant de fluidiser le parcours, par le biais de relations formalisées</p>	<p>Cf. Filière gériatrique du projet du GHT</p> <p>Participation aux réunions et instances départementales et régionales</p> <p>Cf. Projet Centre EHPAD Ressources Consultation Fragilités ouverte et extension au grand Périgueux en cours ainsi que des formations en rayonnement sur l'ensemble du Périgord</p>	<p>EC</p> <p>R</p> <p>R</p>	<p>Cf. Projets : Pérennisation et déploiement de la consultation infirmière de prévention des fragilités et de maintien de l'autonomie Optimisation de l'efficacité de la coordination par la pérennisation du Centre de ressources EHPAD au-delà de la consultation Infirmière précitée.</p>

Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
AXE INSTITUTIONNEL				
Action 1 : Poursuivre le déploiement du projet ALZHEIMER et évaluer sa mise	Objectif 14 : Adapter les espaces de vie	Le déploiement via des structures labellisées est actuellement abandonné au profit d'un projet de création d'une unité spécifique : PAPHV (Pôle	En cours de réflexion	

<p>en dans le nouveau bâtiment le Félibres (espace Alzheimer de 192 lits)</p> <ul style="list-style-type: none"> • poursuivre la démarche projet avec le comité de pilotage et les groupes de travail associant utilisateurs et services logistiques • définition des différentes organisations et des circuits • choix d'équipements adaptés <p>Action 2 : réhabiliter les pavillons du site Parrot</p> <ul style="list-style-type: none"> •élaborer un Plan directeur gérontologique 		<p>d'Activité pour les Personnes Handicapées Vieillissantes) à destination des handicapés mentaux et malades psychiatriques.</p>	<p>REPORTE</p>	
---	--	--	----------------	--

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 ?

PROJETS

- **DIMINUER LES CAPACITES DE BEAUFORT MAGNE AU PROFIT DE L'USLD POUR REpondre AUX BESOINS DE TERRITOIRE → IDEALEMENT 36 LITS D'EHPAD TRANSFORMES EN SLD (Extension architecturale cohérente et compétences en place)**

L'USLD accueille une population de plus en plus polypathologique. Nous disposons actuellement d'une autorisation de 60 lits d'USLD, mais nombre de nos résidents évoluent et présentent aujourd'hui un profil de prise en charge de type USLD. Un accueil, idéalement constitué d'une capacité de 96 lits permettrait l'optimisation de la prise en charge de ces résidents. Nous souhaiterions de ce fait transformer 36 lits de l'EHPAD BEAUFORT MAGNE en lits d'USLD (Rez-de-chaussée et 1^{er} étage *complet* du pavillon les Douglas),

- **PROJET : PAPHV - UNITE SPECIFIQUE POUR LES PSYCHIATRIQUES VIEILLISSANTS (UNITE DE 48 LITS) SUR BEAUFORT MAGNE :**

La volonté d'accueillir/accompagner ces personnes dans notre structure s'inscrit dans le projet d'établissement / projet de pôle, mais répond également à l'orientation nationale visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un handicap mental et/ou psychique.

Actuellement nous accueillons ce profil de résidents au pavillon les Douglas sans projet de vie spécifique adapté. Le projet repose d'ores et déjà sur les financements de personnel médical et de psychomotricien prévus dans le cadre de notre passage en tarif global. Un renforcement de l'équipe d'animation et la création d'un poste d'éducateur spécialisé favoriserait cette mise en place et sa continuité ainsi qu'une ouverture sur de l'accueil de jour.

- **CREATION D'UNE OFFRE DE REPIT / ACCUEIL DE JOUR**

Une réflexion sera menée sur les capacités de l'EHPAD Parrot et sur l'augmentation du nombre de lits d'USLD (cf. 60 lits existants à la Meynardie).

Sur l'accueil de jour, les autorisations se font par 6 lits. Une réflexion devra être menée en ce sens.

Une réflexion devra exister sur l'hébergement temporaire (Cf. 5 lits supplémentaires) pour ceux qui ont un plan d'aide à domicile, mixé à l'accueil hôtelier de type répit « touristique » pour les aidants.

- **DEPLOIEMENT DEPARTEMENTAL DU DISPOSITIF TERRITORIAL DE DEPISTAGE DES FRAGILITES DE LA PERSONNE AVANCANT EN AGE (65 ans) PORTE PAR LE CENTRE DE RESSOURCES EHPAD**

Axe du projet expérimental Centre de ressources EHPAD financé de manière non reconductible par l'ARS depuis 2014, pérennisation et déploiement départemental de la consultation infirmière de prévention et de maintien de l'autonomie permettraient de satisfaire un besoin non couvert actuellement dans le parcours patient

personne avançant en âge : le dépistage des fragilités. Cette mission de prévention en santé publique s'inscrit dans le parcours de la personne vieillissante pour favoriser son maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles en repoussant la survenue de la dépendance.

- **SOUTENIR, RENFORCER, OPTIMISER LA COORDINATION DES STRUCTURES ET DES SERVICES AU BENEFICE DE LA PERSONNE AVANCANT EN AGE**

Le Centre de Ressources EHPAD est, entre autres, à l'origine des échanges entre les structures médico-sociales (du secteur privé comme du secteur public) du département via la plateforme ALFRESCO. Dans ce cadre un site dédié aux EHPAD du département permettra une mise en partage de documents, informations, méthodes et outils en lien avec les thématiques de travail : la citoyenneté des résidents en EHPAD, la Culture comme vecteur d'ouverture « à » et « sur » son environnement, l'aide et le soutien aux aidants d'EHPAD et les coopérations entre services, structures et acteurs médico-sociaux par territoire

ANNEXE 2 : Les fiches actions

- N° 1.1 : Promouvoir la coopération et la dynamique territoriale autour de la personne âgée en Dordogne
- N° 1.2 : S'impliquer dans la coordination du parcours de la personne âgée sur le territoire du Grand Périgueux
- N° 2.1 : Développer les innovations technologiques et de service
- N° 2.2 : Faire évoluer l'offre médico-sociale
- N° 3.1 : Poursuivre la politique de prévention
- N° 3.2 : Soutenir la qualité des soins dans le cadre de l'offre médico-sociale
- N° 3.3 : Garantir la sécurité des soins et la gestion des risques et, en particulier, le circuit de prise en charge médicamenteuse
- N° 4.1 : Asseoir une dynamique projet – Projet personnalisé d'accompagnement (PPA)
- N° 4.2 : Réduire les hospitalisations non programmées et promouvoir l'accès au parcours de soins des résidents des EHPAD
- N° 4.3 : Développer la vie sociale et la citoyenneté
- N° 4.4 : Accompagner l'aidant
- N° 5.1 : Culture et Gouvernance médico-sociale
- N° 5.2 : Gouvernance médico-sociale et Finances
- N° 5.3 : Gouvernance médico-sociale et Ressources humaines

AXE 1 : Parcours et coordination

Fiche Action N°1.1 Promouvoir la coopération et la dynamique territoriale autour de la personne âgée en Dordogne	
Référent (personne ou institution) :	
Constat du diagnostic	Le Centre Hospitalier de Périgueux bénéficie de 487 lits d'EHPAD (+ 60 lits d'USLD) et constitue outre le plus gros EHPAD de Nouvelle-Aquitaine, une structure de référence, du fait de son rattachement à l'établissement support, du fait qu'il accueille tout type de résidents, et qu'il gère un Centre Ressources EHPAD. Ainsi, sa mission est de Promouvoir la coopération et la dynamique territoriale autour de la personne âgée en Dordogne
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Développer la dynamique territoriale et les coopérations avec des partenaires afin de mutualiser les expertises et valoriser les compétences en EHPAD
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mutualiser les services-et moyens GHT notamment par l'intermédiaire de : <ul style="list-style-type: none"> - Un projet médical partagé : Projet médical partagé du GHT 24 ; Projet médical du Centre Hospitalier de Périgueux, volet EHPAD - Une dynamique médico-sociale et sanitaire territoriale avec : <ol style="list-style-type: none"> i. Le réseau médecins coordonnateurs, ii. Le Centre de Ressources EHPAD iii. La mutualisation de compétences (IDE de nuit)... iv. Le cabinet « odontologie » (à coordonner avec les autres offres existantes) 2. Porter la formalisation d'un pôle d'expertise Alzheimer départemental 3. Déployer la Consultation Dépistage des fragilités sur le territoire de DORDOGNE en lien avec des partenaires acteurs du parcours personne âgée (volet prévention primaire). <ul style="list-style-type: none"> - Déploiement sur les quatre autres territoires de Dordogne, avec supervision par le coordonnateur du Centre Ressources EHPAD (sous réserve du financement du dispositif). 4. Mieux qualifier et valoriser les métiers EHPAD en concluant des partenariats avec les centres de formation, afin de promouvoir la valorisation des métiers en EHPAD. <ul style="list-style-type: none"> - IFCS - IFSI IFAS - PARTENARIAT MFR...
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de Ressources EHPAD (Comité de pilotage et comité de pilotage territorial) - Groupe de travail de la filière gériatrique du PMP du GHT 24 - Structures internes : cabinet d'odontologie
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - temps de coordonnateur territorial du Centre Ressources EHPAD - temps de médecin coordonnateur dédié pour le pôle d'expertise Alzheimer - temps de médecin coordonnateur - temps de cadre soignant - sous réserve d'un accord de financement supplémentaire : moyens nécessaires au développement du projet de déploiement de la consultation dépistage des fragilités

Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Partenariat avec les centres de formation : Nombre de conventions signées - Validation du PMP du GHT 24 – axe filière gériatrique. - Formalisation du dispositif « Consultation de Dépistage » sur les quatre autres territoires de Dordogne <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Partenariat avec les centres de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'interventions de professionnels d'EHPAD menées dans les instituts de formation, y compris ceux qui ne relèvent pas du GHT. - Nombre d'interventions de professionnels des Instituts de Formation menées en EHPAD <p>Consultation dépistage des fragilités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations réalisées au Centre Hospitalier de Périgueux pour les résidents du territoire hors Grand Périgueux. - Analyse des fragilités repérées <p>Nombre de résidents du territoire hors Grand Périgueux ayant bénéficié d'une consultation dentaire</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Travail à mener en concertation avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les instances de l'établissement, - Les instances du GHT24, - Les orientations du Groupe de travail de la filière gériatrique du PMP du GHT 24 - Financements fléchés sur le déploiement départemental de la consultation de dépistage des fragilités

AXE 1 : Parcours et coordination

Fiche Action N°1.2 S'impliquer dans la coordination du parcours de la Personne Âgée sur le territoire du Grand Périgueux	
Référent (perso�ne ou institution) :	
Constat du diagnostic	Le parcours de la personne âgée est à ce jour défini au sein de l'institution, mais doit être défini avec l'ensemble des partenaires sur la totalité du territoire de Dordogne, pour permettre aux résidents de bénéficier de l'ensemble de l'offre (structures et services) proposée dans le cadre de la filiere gériatrique.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Favoriser le parcours de la Personne âgée du territoire du Grand Périgueux
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coopérer avec la Plateforme Territoriale d'Appui <ol style="list-style-type: none"> a. Ouverture aux PA à domicile du territoire 2. Participer à la définition et à la mise en œuvre de la filiere gériatrique du PMP avec les EHPA (EHPAD et RA) du territoire afin de déterminer le parcours de la personne âgée (SAU, MCO, SSR, EHPAD, USLD), et en lien avec les structures support (HAD, EMOG, EMASP,...) 3. S'associer aux travaux et actions de Santé Publique dans le cadre du Contrat local de santé 4. Conforter la coopération EHPAD – CH notamment par le biais de la formalisation de procédures et d'échanges
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordonnateur et équipe du pôle EHPAD-USLD - Coordonnateur de la PTA - Animateur en Santé Publique - Référents des EHPAD partenaires
Moyens nécessaires	Temps de directeur, médecin coordonnateur, cadre de santé, et coordonnateur Centre Ressources EHPAD pour participer aux réunions
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conventions signées - conventionnement avec résidences autonomie - Formalisation procédures échanges - coopération renforcée EHPAD - CH <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents ayant fait l'objet d'un partenariat EHPAD / PTA - Nombre de participations aux réunions du contrat local de santé - Nombre de participations aux réunions, de la PTA - Nombre de réunions collectives tenues - Comptes rendus
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Intégration dans un système d'informations partagé

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2.1	
Développer les innovations technologiques et de service	
Réfèrent (personne ou institution) :	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Intégrer des innovations et/ou services innovants
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accéder à la télémédecine à 2 niveaux : les téléconsultations et la Télé-expertise <ul style="list-style-type: none"> - Les téléconsultations au bénéfice du patient - La télé-expertise, entre professionnels de santé 2. Étudier la faisabilité d'intégrer de nouvelles technologies telle la Géolocalisation pour l'accompagnement des personnes désorientées
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur du SI du GHT 24 - Directeur du SI du CHP - Directeur des Travaux et du Patrimoine
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Dossier du résident informatisé - Equipements de Télémédecine - Sessions de formation à l'utilisation du dispositif - Equipement de géolocalisation pour les résidents
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Télémédecine et télé-expertise : 2019 - Géolocalisation : à compter de 2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisition d'équipements de télémédecine et de télé-expertise <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes bénéficiant de consultations de télémédecine - Nombre de disciplines médico-chirurgicales concernées - Nombre de résidents bénéficiant du système de géolocalisation
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Formalisation, organisation et rigueur nécessaires au bon fonctionnement de ces nouvelles technologies.</p> <p>Sensibilisation et formation des différents intervenants (en interne et en externe)</p>

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2-2 Faire évoluer l'offre médico-sociale	
<i>Référent (personne ou institution) :</i>	
Constat du diagnostic	<p>Les EHPAD-USLD du Centre Hospitalier de Périgueux offrent un hébergement à temps complet, avec une spécialisation pour les résidents atteints de la Maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.</p> <p>Accueil de public divers sans locaux et aménagements adaptés à leur pathologie</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<p>Il convient de diversifier les modes d'accueil à temps partiel et d'adapter la structure à d'autres types de populations</p>
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diversifier les modes d'accueil compte-tenu de la taille de notre établissement et des populations résidentes notamment : <ol style="list-style-type: none"> a. En créant une offre de répit en accueil de jour. b. En proposant un accompagnement à distance et un soutien aux aidants dans le cadre de « L'EHPAD à domicile », projet qui sera conditionné par l'accord de moyens en termes d'équipe professionnelle dédiée. 2. Adapter la structure à des publics spécifiques <ol style="list-style-type: none"> a. en requalifiant une unité de vie en pôle d'activités des personnes handicapées vieillissantes et en particulier à l'attention des handicapés psychiques et mentaux, malades psychiatriques vieillissants. Cet accueil nécessite des aménagements architecturaux et des compétences à acquérir via le recrutement d'éducateurs spécialisés, et psychomotriciens et la formation du personnel soignant avec accueil de jour sur site et au pôle psychiatrique de l'hôpital. b. D'autres publics pourront bénéficier d'un accompagnement adapté tels que : <ul style="list-style-type: none"> - les SDF vieillissants (Travail avec CHRS), les personnes atteintes d'addictions (Coopération avec centre d'addictologie Escale). - Handicap psychiques vieillissants - Coopération secteur psy et APEI ESAT - Handicap mental vieillissant - partenariat APEI - hébergement et accueil de jour par équipe mobile APEI sur site ou chez eux
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordonnateur - Equipes des 2^{ème} et 3^{ème} étages du Pavillon les Douglas accueillant déjà les populations précitées - Equipe d'encadrement - Equipe d'animation - Equipes médicales des services de psychiatrie et d'addictologie - Service social
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les liens avec les équipes psychiatriques du centre hospitalier de Périgueux - Equipe dédiée EHPAD à domicile : Projet à formaliser avec moyens nécessaires associés - Formation des personnels dans l'unité de vie concernée par le projet PAPHV : <ul style="list-style-type: none"> • IDE • Psychomotricien • ...

Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Projet PAPHV : 2019-2020 - Autres actions : Durée du CPOM et conditionnées par le schéma directeur
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de places PAPHV « labellisées » avec équipe dédiée - Existence d'une équipe professionnelle dédiée (EHPAD à domicile) <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes cibles accueillies - Nombre de demandes de personnes cibles en attente - Nombre de journées effectuées - Nombre de domiciles équipés
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Finalisation des différents projets dans le schéma directeur.

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3.1

Poursuivre la politique de Prévention

Référent (personne ou institution) :

<p>Constat du diagnostic</p>	<p>Les EHPAD assurent d'ores et déjà des actions de prévention pour les résidents, tant en interne qu'avec des partenaires hospitaliers ou externes. Il convient de les pérenniser et de les faire connaître.</p>
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>Les EHPAD ont pour mission de renforcer la politique de prévention auprès des futurs résidents, des résidents présents et de leurs aidants</p>
<p>Description de l'action</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soutenir le Repérage des fragilités via : <ul style="list-style-type: none"> - Les Consultations du Centre de Ressources EHPAD - Le repérage des fragilités des aidants des résidents en EHPAD 2. Améliorer l'accueil en EHPAD <ul style="list-style-type: none"> - Systématiser l'évaluation pluridisciplinaire interne et externe lors des pré-admissions (EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée). - Renforcer l'aide aux aidants EHPAD <ul style="list-style-type: none"> o En pérennisant la pause des aidants o En favorisant le repérage des fragilités des aidants o En formalisant un livret de l'aidant o En établissant un suivi psychologique des aidants - Améliorer et systématiser l'information sur les directives anticipées et la personne de confiance pour en optimiser les recueils 3. Poursuivre les actions de prévention et de prise en charge bucco-dentaire, en interne et avec l'ouverture aux EHPAD environnants 4. Garantir les connaissances et prise en charge en risques spécifiques (chutes - douleur - escarres - dénutrition - iatrogénie - vaccinations...) <ul style="list-style-type: none"> - Formations professionnelles et institutionnelles (cf. plan de formation) - Formalisation des soignants aux pratiques spécifiques EHPAD - Poursuite des évaluations régulières (EGS) par les IDE Gestion des Risques et évaluation des Fragilités
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Aides-soignants ➔ IDE Gestion des risques et évaluation des fragilités ➔ IDE de consultations de repérage des fragilités pour les aidants ➔ AS et ASG ➔ Psychologues ➔ Rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, ...) ➔ animateurs ➔ Personnel chargé de l'accueil et de l'admission, l'assistante sociale de cellule des admissions

Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Formation en prévention et hygiène bucco-dentaire pour les personnes âgées (Les formations de l'UFSBD en EHPAD, éventuellement conjointe avec la filière gériatrique du CH ou autres EHPAD de la direction commune ou dans le cadre de la coopération) ➔ Formations institutionnelles (chutes - douleur - escarres - dénutrition – iatrogénie – vaccinations,) ➔ Plan de Formations Spécifiques EHPAD
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence de feuillets d'informations (Directives Anticipées, prévention, aide aux aidants....) dans le livret d'accueil - Remise du contrat de séjour avec annexe sur les directives anticipées - Ajout des différents thèmes dans la procédure d'actualisation des PPA - Nombre de campagnes de prévention par type - Nombre de réunions collectives professionnelles de prévention - Nombre de professionnels formés par an / Plan pluriannuel de formations (Formations récurrentes et actualisation des compétences) <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations réalisées par les équipes dédiées - Analyse de fragilités repérées - Nombre de bilans bucco dentaires personnalisés - Nombre de pauses aidants réalisées - Nombre d'aidants présents aux pauses - Nombre d'aidants suivis par un psychologue EHPAD - Nombre de personnes ayant communiqué leurs Directives Anticipées - Nombre de dossiers suivis - Nombre d'évaluation d'Evaluation Gériatrique Standardisée par IDE GDR
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Actualisation et pérennisation des bonnes pratiques.

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3.2

Soutenir la Qualité des soins dans le cadre de l'offre médico-sociale

Référent (personne ou institution) :

Constat du diagnostic	La qualité des soins s'appuie sur la démarche institutionnelle de l'établissement hospitalier support. Son adaptation à l'offre médico-sociale s'impose au quotidien.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Maintenir la qualité des soins dispensés en proposant une prise en charge médico-soignante adaptée au grand âge, à chaque étape de la vie et de l'évolution des pathologies du résident.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adapter la qualité des soins des personnels hospitaliers aux besoins des personnes accueillies et conformément aux recommandations HAS/ ANESM <ul style="list-style-type: none"> - Participer à l'élaboration et actualisation des procédures et protocoles institutionnels. - Sensibilisation et formations des personnels aux recommandations HAS/ANESM. 2. Poursuivre et renforcer les thérapies non médicamenteuses en s'appuyant notamment sur les axes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le déploiement des méthodes d'accompagnement basées sur les capacités restantes de la personne (méthode Montessori adaptée) - s'équiper de matériel Snoezelen, d'un parcours sensoriel en aromathérapie, en arthérapie, en musicothérapie, en « Serious games », tablettes cognitives, en motomed, - déployer / étendre les séances de Cuisine thérapeutique à l'ensemble des résidents (l'actuelle cuisine thérapeutique rencontrant un succès certain, nécessité d'aménager d'autres locaux pour les résidents qui en sont éloignés) - idem dans le cadre des jardins thérapeutiques - développer la zoothérapie (ronronthérapie, aménagement d'une « Ferme thérapeutique » adaptée à nos populations et leur passé....), - permettre l'accompagnement à des cours d'Aquagym. 3. Accompagner la prise en charge des résidents en Soins palliatifs <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accompagnement de fin de vie en tenant compte de l'environnement spécifique de l'EHPAD par des formations pluriannuelles sur l'accompagnement de fin de vie en EHPAD afin de former tous les professionnels (quelle que soit la fonction) avec une dimension éthique et l'accompagnement des résidents connexes -aidants - Conforter les liens avec l'EMASP du CHP
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Ensemble des personnels médicaux et non-médicaux des EHPAD ➔ Tous les acteurs de la démarche de qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier ➔ Coordonnateur et cadre de l'EMASP ➔ Membres du Conseil de la Vie Sociale, résidents et aidants
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Plan de Formations EHPAD ➔ Plan d'équipement à court terme (acquisition de matériel permettant de développer les thérapies non médicamenteuses) ➔ Schéma directeur / PPI : aménagement des espaces à inscrire dans un programme de moyen/long terme

Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un feuillet d'informations dans le livret d'accueil - Liste des référents EHPAD dans les groupes institutionnels <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances dispensées d'ateliers thérapeutiques - Nombre de résidents participants aux différents ateliers thérapeutiques - Nombre de bornes musicales, et taux d'utilisation - Nombre d'interventions collectives en régulation - Nombre de résidents bénéficiaires des interventions de l'EMASP - Ratio de résidents décédés à l'hôpital sur les décès de résidents - Nombre d'agents formés par le plan de formation de pôle - Nombre de séquences de sensibilisation aux recommandations
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3.3

Garantir la sécurité des soins et la gestion des risques, et en particulier, le circuit de prise en charge médicamenteuse

Référent (personne ou institution) :

Constat du diagnostic	Les EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux ne bénéficient pas à ce jour d'un dossier informatisé du résident (en cours). Une organisation a été mise en œuvre pour permettre la sécurisation du circuit médicamenteux avec le logiciel PHARMA et l'acquisition de matériel sécurisé.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Renforcer la politique d'amélioration continue de la qualité des soins en EHPAD
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimiser le circuit de la prescription médicamenteuse du résident <ul style="list-style-type: none"> - en confortant la gestion du circuit du médicament (Informatisation) - en favorisant la mise en place de conciliations médicamenteuses (Veille iatrogénie, projets thérapeutiques...) 2. Former le personnel infirmier au risque iatrogénique (et en particulier les infirmières GDR) 3. Pérenniser le dispositif de recueil des événements indésirables, en lien avec la Direction des Usagers et des Relations avec la Clientèle et de la Qualité 4. Réaliser des revues du recueil des plaintes et de leur traitement en lien avec la Direction des Usagers et des Relations avec la clientèle et de la Qualité 5. Informatiser le dossier du résident
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Personnel médical ➔ Professionnels libéraux et intervenants auprès des résidents ➔ Cadres de santé et IDE ➔ Directeur de la DURCQ et qualitiens ➔ Direction du SI du CHP ➔ Pharmacie à Usage Interne
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Plan de Formations Spécifiques EHPAD ➔ Plan d'équipement à court terme ➔ Adaptation des salles de soins particulièrement à risques (Travaux à court terme, à moyen/long terme : Schéma directeur)
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de procédures et protocoles - Logiciel métier installé - Exhaustivité de postes de soins équipés <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de projets thérapeutiques dans le cadre de la conciliation médicamenteuse - Nombre et temps dédiés d'infirmières GDR - Nombre d'Événements Indésirables enregistrés - Commission d'analyse

	- Nombre de plaintes traitées
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Manque de régularité dans les audits – auto-évaluations.

AXE 4 : Personnaliser l'accompagnement

Fiche Action N°4.1

Asseoir une dynamique projet - Projet personnalisé d'accompagnement

Référent (personne ou institution) :

Constat du diagnostic	<p>Les EHPAD ont mis en œuvre le Projet Personnalisé d'Accompagnement pour chaque résident, avec un objectif d'actualisation minimum à 12 mois, voire davantage en cas de changement lié à l'évolution de la pathologie ou de souhait du résident.</p> <p>Les Projets Personnalisés d'Accompagnement pour les résidents déjà hébergés sont en cours, l'actualisation reste une difficulté.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Asseoir la dynamique autour du Projet Personnalisé d'Accompagnement, dès l'entrée en institution, en associant le résident, ses aidants et l'ensemble des professionnels concernés.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formaliser les règles d'admission et le fonctionnement de la commission d'admission 2. Mettre en cohérence PPA, contrat de séjour et avenants avec une dynamique de constitution et de suivi pluri professionnelle 3. Optimiser l'utilisation du PPA par l'informatisation du dossier résident 4. Systématiser une évaluation périodique individualisée 5. Adapter la politique d'animation en tenant compte des besoins et des désirs du résident.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Assistante sociale dédiée au Pôle EHPAD – USLD ➔ Cellule Accueil admission (personnel chargé de la gestion des flux) ➔ Direction du système d'information ➔ Ensemble des acteurs du PPA
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Temps d'assistante sociale et administratif ➔ Système d'information partagé efficient ➔ Acquisition d'un logiciel métier
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de procédures et protocoles sur l'outil PPA - Commission d'animations régulière réunissant tous les acteurs et usagers <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - un PPA par résident, en cours de validité, actualisé au moins 1 fois par an et dès que nécessaire - un avenant au contrat de séjour en cours de validité signé des deux parties de moins de 6 mois
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Participation du résident et de ses proches à l'élaboration et à l'actualisation du PPA

AXE 4 : Personnaliser l'accompagnement

Fiche Action N°4.2

Réduire les hospitalisations non programmées et promouvoir l'accès au parcours de soins des résidents des EHPAD

Référent (personne ou institution) :

Constat du diagnostic	Le nombre de résidents hospitalisés diminue grâce à l'amélioration des pratiques professionnelles préventives et l'implication des équipes soignantes dans les soins aigus. Il convient de poursuivre cette dynamique en favorisant le recours aux alternatives à l'hospitalisation, tout en promouvant une ouverture à diverses spécialités.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Promouvoir la qualité des soins en EHPAD en mobilisant les ressources internes et externes favorisant l'accès aux spécialités médico-chirurgicales du parcours de soins, tout en réduisant les hospitalisations non programmées.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Systématiser l'évaluation gérontologique standardisée (EGS) pour chaque résident 2. Mettre en œuvre un plan de soins concerté avec le médecin traitant pour chaque résident 3. Favoriser l'expertise gériatrique et l'accès aux spécialités, en s'appuyant notamment sur la télémédecine, les consultations sur place, les conventions de partenariats 4. Mettre en œuvre des évaluations gérontologiques complémentaires à l'EGS et des bonnes pratiques professionnelles favorisant la réduction des hospitalisations <ul style="list-style-type: none"> - Interventions multifactorielles de prévention des chutes (primaire et secondaire) - Diminuer l'iatrogénie liée aux médicaments - Augmenter la vaccination antigrippale des résidents et du personnel de l'EHPAD - Renforcer les soins palliatifs et les soins de support en EHPAD (identification des résidents, directives anticipées, favoriser les prescriptions anticipées,...) - Evaluations gérontologiques complémentaires : bilan bucco-dentaire et orthophonique, bilan orthoptiste, bilan auditif,... 5. Protocoliser et améliorer la gestion des urgences : informatisation du Dossier de Liaison d'Urgence (DLU), formation des soignants à l'urgence, formaliser les liens avec le SAU
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Médecin coordonnateur et médecins salariés des EHPAD ➔ Personnels soignants et cadres de santé ➔ Intervenants de la filière gériatrique ➔ Intervenants en soins palliatifs (EMASP) ➔ Intervenants de l'HAD ➔ PUI ➔ SAU-SAMU ➔ Intervenants de la télémédecine, prestataires orthoptie/audition, équipe odontologique du CHP ➔ Direction Système d'information CHP
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Encadrement soignant nécessaire à la mise en place des bonnes pratiques, procédures et protocoles ➔ Logiciel métier EHPAD et système d'informations partagé (circuit médicament, EGS, DLU,...) ➔ Formation des IDE à l'EGS, à l'iatrogénie, aux soins d'urgence, en pratique avancée en gériatrie ➔ Formation des AS à l'hygiène bucco-dentaire ➔ Equipements de télémédecine
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM

<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocole d'EGS et de plan de soins concerté - Protocole de conciliation médicamenteuse - Conventions de partenariat interne avec la filière gériatrique, consultations spécialisées, l'EMASP, le SAMU-SAU - DLU opérationnel, informatisé et partagé <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'EGS et de Plans de soins concerté - Nombre de conciliations médicamenteuses - Taux de vaccination antigrippale des résidents, du personnel - Taux de chutes pour 1000 jours/résidents - Nombre de résidents bénéficiaires de l'HAD - Nombre de journées HAD réalisées - Nombre d'intervention de l'EMOG - Nombre d'intervention EMASP - Nombre de réunions EHPAD/HAD, EHPAD/SAU, EHPAD/filière gériatrique - Nombre de consultations spécialisées protocolisées (sur place ou non) - Nombre d'hospitalisations non programmées / hospitalisations totales (résidents et journées) - Taux de transferts au SAU avec un DLU - Nombre de décès et taux décès EHPAD/décès total
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<p>Augmentation de la charge en soins des équipes des EHPAD non compensée par une augmentation minimum des moyens</p>

AXE 4 : Personnaliser l'accompagnement

Fiche Action N°4.3 Développer la vie sociale et la citoyenneté	
Référént (personne ou institution) :	
Constat du diagnostic	Les résidents bénéficient d'actions ponctuelles, mais il convient de structurer et pérenniser ces actions permettant le développement de la vie sociale et le maintien de la citoyenneté en EHPAD.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Apporter les moyens nécessaires au maintien de la vie sociale et citoyenne des résidents
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser les déplacements des résidents <ul style="list-style-type: none"> - En interne sur l'ensemble du site du pôle EHPAD - En externe 2. Permettre l'accès à divers médias : <ul style="list-style-type: none"> - En créant des médias internes : Télévision interne - En aménageant un espace multimédia résident/famille (fixe et mobile) 3. S'ouvrir sur la cité (manifestations organisées avec lien intergénérationnel, ouverture sur le quartier) 4. Développer la citoyenneté en EHPAD en utilisant les outils développés par le centre de ressources EHPAD 5. Déployer des commissions thématiques adaptées 6. Mettre en place un dispositif de veille de participation de chaque résident
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Equipe Animation de l'EHPAD ➔ Direction des Services Techniques et Achats ➔ Coordonnateur territorial Centre de Ressources EHPAD ➔ Ensemble des personnels soignants pour la veille
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Véhicule adapté ➔ Equipement en média ➔ Informatisation du dossier du résident pour effectuer un suivi des activités du résident
Calendrier prévisionnel	Durée au CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informatisation du dossier du résident - Projet d'animation - Mise en place et suivi des indicateurs de l'animation <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de journées véhicule pour vie sociale - Nombre de commissions et nombre de réunions annuelles - Nombre de résidents participant au moins à une activité par semaine - Nombre de manifestations organisées en lien avec l'ouverture sur la cité, en interne (accueil EXPOESIE...) et en externe (visites culturelles...)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

AXE 4 : Personnaliser l'accompagnement

Fiche Action N°4.4 Accompagner l'aidant	
Réfèrent (personne ou institution) :	
Constat du diagnostic	Les EHPAD du centre Hospitalier n'offrent pas suffisamment de moyens d'échanges à l'aidant, souffrant du placement de son proche en institution. Celui-ci fait partie intégrante du projet personnalisé d'accompagnement.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Permettre à l'aidant de trouver sa place dans l'accompagnement de son proche en institution, à des fins mutuellement positives.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer la prise en compte de l'aidant dans la procédure d'accueil de son proche 2. Instaurer une journée d'accueil mensuelle avec l'élaboration d'un livret d'accueil des aidants 3. Créer des groupes de paroles et un espace (géographique) d'échanges 4. Créer un espace multimedia résident/famille (fixe et mobile) 5. Améliorer les prestations d'accueil de l'aidant : repas accompagnant, lit, ...
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, cadres de santé ➔ Psychologue des EHPAD ➔ Cellule Admission / Accueil des EHPAD (assistante sociale et agent administratif chargé des admissions) ➔ Centre de Ressources EHPAD
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Schéma directeur prenant en compte les espaces d'échanges ou multimédia ainsi que l'ergonomie des chambres des résidents (possibilité de mettre un lit sup) ➔ Temps de psychologue ➔ Informations et formation des aidants ➔ Formations du personnel à la relation d'aide
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livret d'accueil des aidants - Schéma directeur - Plan de formations <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'aidants bénéficiaires aux différents dispositifs - Nombre de réunions / groupe de paroles - Nombre d'aidants bénéficiant de prestations hôtelières
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Etablir une relation de confiance mutuelle entre l'EHPAD et les proches aidants

AXE 5 : Performance et management de la qualité

Fiche Action N°5.1 Culture et Gouvernance médico-sociale	
Référent (personne ou institution) :	
Constat du diagnostic	Le rattachement à un Centre Hospitalier offre des avantages considérables en termes de compétences soignantes et un cadre de soins assurant sécurité et continuité. Il convient de développer une culture d'appartenance et de prise en charge propre au médico-social, dans le cadre d'une filière gériatrique élargie. Cependant l'aspect sanitaire peut tendre à empiéter sur le rôle médico-social des EHPAD.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Consolider une culture d'appartenance médico-sociale dans la conduite de l'EHPAD
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se doter d'outils et méthodes de pilotage propres avec une informatisation adaptée, gestion documentaire interne pleinement partagée via un logiciel. 2. Développer une culture médico-sociale du management de la Qualité <ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer collectivement sur le plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) et caler la dynamique d'évaluation par rapport aux recommandations HAS/ANESM - Transposer la dynamique institutionnelle de la politique de « Bientraitance » au niveau médico-social en structurant un sous-groupe propre aux EHPAD, avec le concours des référents EHPAD existants - Evaluer la satisfaction résidents/famille par le biais d'un système structuré d'évaluation de la satisfaction : <ol style="list-style-type: none"> a. Mettre en œuvre le recueil de questionnaires de satisfaction : un groupe de travail issu de l'évaluation interne a élaboré un recueil de questionnaires de satisfaction sur l'ensemble des thématiques relatifs à leur vie au sein de nos établissements et pour lesquels la périodicité diffère. b. Ce recueil peut également être fait "au fil de l'eau" ou grâce au dispositif d'événements indésirables résidents - Soutenir une démarche éthique par le biais de Rendez-vous éthiques réguliers - Poursuivre l'harmonisation des procédures et protocoles des EHPAD, en lien avec la DURQ - Permettre à tous les acteurs de s'approprier les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles actualisées en les mettant à disposition dans la base documentaire propre aux EHPAD - Optimiser les outils de la loi 2002 2 en organisant leur revue régulière 3. Mettre en place une politique dynamique de communication à l'attention de nos publics et des autres... <ul style="list-style-type: none"> - Communication interne à l'établissement et au niveau CHP - Communication externe : <ol style="list-style-type: none"> c. Visite virtuelle WEB avec réalisation de vidéos et mise en partage d. Site internet EHPAD spécifique et interactif avec les aidants (site spécifique et forum pour aidants) - Documents de la loi 2002 2 faciles à lire et à comprendre

Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Référents « Bienveillance » pôle EHPAD ➔ Direction de la communication du Centre Hospitalier de Périgueux ➔ Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité du Centre Hospitalier de Périgueux
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Page Internet propre à l'EHPAD ➔ Temps de qualicien ➔ Temps dédié à l'adaptation des moyens de communication et à la veille réglementaire
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence sur le site internet et dans la GED institutionnelle d'un volet Médico-social régulièrement actualisé - Existence d'un PAQSS « actif » (Evolution des actions menées par les groupes de travail issus du processus d'évaluation interne) - Actualisation de la charte de bienveillance - Dispositif opérant de recueil des Evénements Indésirables résidents/ familles - Présence des RBPP dans la GED - Existence de supports repérés dans le cadre de notre communication en interne et en externe <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Documents actualisés - Calendrier de la démarche d'évaluation connue de tous - Nombre de réunions tenues, pluri-professionnelles et avec participation des usagers dans le suivi des évaluations qualité - Nombre de réunions du groupe pluri-professionnel « Bienveillance » EHPAD - Nombre de réunions du groupe Ethique EHPAD - Nombre de questionnaires de satisfaction
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Maintenir la dynamique médico-sociale malgré le turn-over des équipes

AXE 5 : Performance et management de la qualité

Fiche Action N°5.2 Gouvernance médico-sociale et Finances	
<i>Référent (personne ou institution) :</i>	
Constat du diagnostic	Les EHPAD bénéficient de la politique financière et budgétaire institutionnelle, et doivent développer dans ce cadre, la mise en place d'indicateurs de suivi et de parangonnages.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Poursuivre une politique médico-économique propre au domaine médico-social
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fusionner les budgets des EHPAD Parrot et Beaufort Magne tout en 2. Poursuivant un processus analytique rigoureux compte-tenu de la taille de notre structure EHPAD/CHP afin d'optimiser l'utilisation des budgets accordés pour les populations accueillies. 3. Harmoniser et justifier (rendre « juste ») les tarifs d'hébergement selon les conditions d'accueil hôtelier (différents bâtiments n'offrant pas les mêmes prestations architecturales) 4. Valider avec l'ARS et le Conseil Départemental un plan pluriannuel d'investissement permettant la restructuration des EHPAD sur deux CPOM 5. Produire et diffuser des indicateurs d'activité en interne mais également en participant activement aux campagnes de recueil d'indicateurs de pilotage ANAP ESMS
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Direction des Affaires Financières et du système d'information du Centre Hospitalier de Périgueux ➔ Collaboration étroite avec les partenaires du CPOM
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Informatisation intégrée du dossier du résident (idéalement acquisition d'un logiciel métier interfacé avec les logiciels de gestion administrative pour des dossiers des résidents déjà existants)
Calendrier prévisionnel	Fusion des autorisations à 2020 Fusion des budgets à 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'un budget E par réunification des budgets E1 et E2 - PPI propre à l'EHPAD en vue d'un plan d'investissement immobilier sur la durée du schéma directeur <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de participations aux enquêtes et recueils d'indicateurs par an - Production d'un seul budget
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Une tarification lisible et juste pour le résident

AXE 5 : Performance et management de la qualité

Fiche Action N°5.3 Gouvernance médico-sociale et Ressources humaines	
Référent (personne ou institution) :	
Constat du diagnostic	<p>L'EHPAD bénéficie de la Gestion des Ressources Humaines développée institutionnellement, qu'il convient de conforter, en permettant l'apport de pratiques médico-sociales innovantes, relatives aux prises en charge de la personne âgée.</p> <p>Les EHPAD rencontrent des difficultés à recruter du personnel avec un projet médico-social ; ils ont besoin de nouvelles compétences et de fidéliser leurs agents.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<p>Poursuivre une politique d'adaptation des ressources humaines aux spécificités du pôle EHPAD - USLD</p>
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer la délégation « Ressources Humaines » afin d'adapter quantitativement et qualitativement les recrutements aux besoins 2. Adapter le plan de formation institutionnel au secteur médico-social <ul style="list-style-type: none"> - Par la politique de formation du pôle EHPAD : mise en place de la méthode adaptée Montessori, accueil de la personne psychiatrique vieillissante, ..., fin de vie en EHPAD - Par la formation d'IDE en pratiques avancées en gérontologie 3. Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences <ul style="list-style-type: none"> - Renouvellement des compétences et adaptation aux personnes âgées - Requalification des ASH en AS - Introduction de nouvelles compétences <ol style="list-style-type: none"> a. Moniteur Activités Physiques Adaptées b. Moniteur Educateur spécifique (projet pour les résidents psychiatriques vieillissants) c. Orthophoniste d. Socio-esthéticienne (Estime de soi) e. Psychomotricien/nes f. Adjoint cadre RH (gestion des plannings...) g. AMP h. IDE en pratiques avancées 4. Favoriser la mobilité des compétences entre pôles institutionnels et promouvoir les métiers du médico-social auprès de la personne âgée. 5. Mettre en œuvre une politique de Qualité de Vie au Travail (QVT) <ul style="list-style-type: none"> - Créer une salle d'activités physiques - Aménager des salles de repos (soumis aux contraintes architecturales des bâtiments accueillant 295 résidents sur 487) : <ol style="list-style-type: none"> a. Salle de repos dans chaque unité b. Foyer: repos, sieste, ... - Lancer une campagne d'analyse ergonomique des postes de travail - Structurer le parcours du nouvel arrivant <ol style="list-style-type: none"> a. Tutorat

	<ul style="list-style-type: none"> b. Temps spécifique d'accueil c. Livret accueil nouvel arrivant EHPAD - Adapter les rythmes de travail et moyens adaptés
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Direction des Ressources Humaines et de la Coordination Générale des soins du Centre Hospitalier de Périgueux ➔ Collaboration étroite avec les partenaires du CPOM
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Financement des formations IDE pour le Master en pratiques avancées en gérontologie ➔ Financement et mise en oeuvre dans le cadre des différents projets d'accompagnement de la personne âgée au sein de l'EHPAD
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un tableau RH théorique et réel <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de remplacements - Nombre de professionnels EHPAD ayant bénéficié d'un temps spécifique d'accueil - Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation - Nombre et type de recrutements spécifiques - Nombre de demandes abouties CH vers EHPAD
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Absentéisme non maîtrisée ne permettant pas ou peu le développement des différentes actions.

ANNEXE 3 : Le tableau de rééquilibrage de l'offre médico-sociale

Activité	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 l'échéance du CPOM
Hébergement Permanent	487	487	487	487	487	487	487
Accueil de Jour	0	0	0	0	0	(*)	(*)
TOTAL	487	487	487	487	487	493	493
Poids des services au regard de l'offre globale							

(*) Les variations interviendront dans le cadre du schéma directeur

ANNEXE 4 : Le tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			2019	2020	2021	2022	2023	
AXE 1 : Parcours et coordination								
Fiche action n° 1.1 : Promouvoir la coopération et la dynamique territoriale autour de la personne âgée en Dordogne	Indicateurs de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> - Partenariat avec les centres de formation : Nombre de conventions signées - Validation du PMP du GHT 24 – axe filière gériatrique. - Formalisation du dispositif « Consultation de Dépistage » sur les quatre autres territoires de Dordogne Indicateurs de résultat (impact) Partenariat avec les centres de formation: <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'interventions de professionnels d'EHPAD menées dans les instituts de formation - Nombre d'interventions de professionnels des Instituts de Formation menées en EHPAD Consultation dépistage des fragilités <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations réalisées au Centre Hospitalier de Périgueux pour les résidents du territoire hors Grand Périgueux. Analyse des fragilités repérées <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents du territoire hors Grand Périgueux ayant bénéficié d'une consultation dentaire 	Une IDE fonctionnelle sur 5 territoires de Dordogne -500 consultations /territoire et par an à partir de 2020 300/an						Travail à mener en concertation avec : <ul style="list-style-type: none"> - Les instances de l'établissement, - Les instances du GHT24, - Les orientations du Groupe de travail de la filière gériatrique du PMP du GHT 24 - Financements fléchés sur le déploiement départemental de la consultation de dépistage des fragilités
Fiche action n° 1.2 : S'impliquer dans la coordination du parcours de la Personne Agée sur le territoire du Grand Périgueux	Indicateurs de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> - Conventions signées - conventionnement avec résidences autonomie - Formalisation procédures échanges - coopération renforcée EHPAD - CH Indicateurs de résultat (impact) <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents ayant fait l'objet d'un partenariat EHPAD / PTA - Nombre de participations aux réunions du contrat local de santé 	300/an(consult)+160/an (entrées EHPAD) 2 par an						Intégration dans un système d'informations partagé

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			2019	2020	2021	2022	2023	
AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations								
Fiche action n° 2.1 : Développer les innovations technologiques et de service	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> - Acquisition d'équipements de télémédecine et de télé-expertise <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> - Nombre de personnes bénéficiant de consultations de télémédecine - Nombre de disciplines médico-chirurgicales concernées - Nombre de résidents bénéficiant du système de géolocalisation	Equipement opérationnel et personnels formés 25 par an 5 10	X				5 10	<ul style="list-style-type: none"> Formalisation, organisation et rigueur nécessaires au bon fonctionnement de ces nouvelles technologies. Sensibilisation et formation des différents intervenants (en interne et en externe) Avec montée en charge annuelle régulière
Fiche action n° 2.2 : Faire évoluer l'offre médico-sociale	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> - Nombre de places PAPHV labellisées avec équipe dédiée - Projet d'une équipe professionnelle dédiée (EHPAD à domicile) <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> - Nombre de personnes cibles accueillies - nombre de demandes de personnes cibles en attente - Nombre de journées effectuées	Environ 48 places (taille d'une unité de vie actuelle mais peut varier en fonction du schéma directeur) Projet à construire avec partenaires 6 places d'accueil de jour 200 j/par an d'ouverture					X 600 j	Finalisation des différents projets dans le schéma directeur. Sous réserve de financement d'une équipe professionnelle dédiée à l'EHPAD à Domicile 200 jours d'ouverture par an pour AJ en journées ou demi-journées pour une ouverture courant 2023 (contrainte architecturale) → 50% de taux d'occupation la 1 ^{ère} année

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			2019	2020	2021	2022	2023	
AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins								
Fiche action n° 3.1 : Poursuivre la politique de Prévention	Indicateurs de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> - Présence de feuillets d'informations (Directives Anticipées, prévention, aide aux aidants....) dans le livret d'accueil - Remise du contrat de séjour avec annexe sur les directives anticipées - Ajout des différents thèmes dans la procédure d'actualisation des PPA - Nombre de campagnes de prévention par type - Nombre de réunions collectives professionnelles de prévention - Nombre de professionnels formés par an / Plan pluriannuel de formations (Formations récurrentes et actualisation des compétences) Indicateurs de résultat (impact) <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations réalisées par les équipes dédiées - Nombre d'analyses de fragilités repérées - Nombre de bilans bucco dentaires personnalisés - Nombre de pauses aidants réalisées - Nombre d'aidants présents aux pauses - Nombre d'aidants suivis par un psychologue EHPAD - Nombre de personnes ayant communiqué leurs Directives Anticipées - Nombre de dossiers suivis - Nombre d'évaluation d'EGS par IDE GDR 	<u>Intégration systématique</u> X <u>Systematique</u> X 5 par an 1 tous les 2 mois 100 par an a minima sur les sujets de prévention 150 à 300/an suivant année 150 à 300/an 1 pause par mois 100 % des résidents 100 % des résidents par an	X		X			Actualisation et pérennisation des bonnes pratiques.
Fiche action n° 3.2 : Soutenir la Qualité des soins dans le cadre de l'offre médico-sociale	Indicateurs de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un feuillet d'informations dans le livret d'accueil - Liste des référents EHPAD dans les groupes institutionnels 	Dès 2019						

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			2019	2020	2021	2022	2023	
Fiche action n° 3.2 : Soutenir la Qualité des soins dans le cadre de l'offre médico-sociale	Indicateurs de résultat (impact) <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances dispensées d'ateliers thérapeutiques - Nombre de résidents participant aux différents ateliers thérapeutiques - Nombre de bornes musicales, et taux d'utilisation - Nombre d'interventions collectives en régulation - Nombre de résidents bénéficiaires des interventions de l'EMASP - Ratio de résidents décédés à l'hôpital sur les décès de résidents - Nombre d'agents formés par le plan de formation de pôle - Nombre de séquences de sensibilisation aux recommandations 	<u>1 suivant appel à projet</u> Moins de 10% Au minimum 60 agents par an						
Fiche action n° 3.3 : Garantir la sécurité des soins et la gestion des risques, et en particulier, le circuit de prise en charge médicamenteuse	Indicateurs de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> - Existence de procédures et protocoles - Logiciel métier installé - Exhaustivité de postes de soins équipés Indicateurs de résultat (impact) <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de projets thérapeutiques dans le cadre de la conciliation médicamenteuse - Nombre et temps dédiés d'infirmières GDR - Nombre d'Événements Indésirables enregistrés - Commissions d'analyse - Nombre de plaintes traitées 	Pérenniser la fonction Tendence à la baisse 100%						Optimisation conditionnée par l'installation d'un logiciel métier Point de vigilance : Manque de régularité dans les audits – auto-évaluations.

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			2019	2020	2021	2022	2023	
AXE 4 : Personnaliser l'accompagnement								
Fiche action n° 4.1 : Asseoir une dynamique projet - Projet personnalisé d'accompagnement	Indicateurs de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> Existence de procédures et protocoles sur l'outil PPA Commission d'animations régulière réunissant tous les acteurs et usagers Indicateurs de résultat (impact) <ul style="list-style-type: none"> un PPA par résident, en cours de validité, actualisé au moins 1 fois par an et dès que nécessaire un avenant au contrat de séjour en cours de validité signé des deux parties de moins de 6 mois 	100 % des résidents						Participation du résident et de ses proches à l'élaboration et à l'actualisation du PPA Optimisation de l'outil par l'informatisation du dossier du résident
Fiche action n° 4.2 : Réduire les hospitalisations non programmées et promouvoir l'accès au parcours de soins des résidents des EHPAD	Indicateurs de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> Protocole d'EGS et de plan de soins concerté Protocole de conciliation médicamenteuse Conventions de partenariat interne avec la filière gériatrique, consultations spécialisées, l'EMASP, le SAMU-SAU DLU opérationnel, informatisé et partagé Indicateurs de résultat (impact) <ul style="list-style-type: none"> Nombre d'EGS et de Plans de soins concerté Nombre de conciliations médicamenteuses Taux de vaccination antigrippale des résidents, du personnel Taux de chutes pour 1000 jours/résidents Nombre de résidents bénéficiaires de l'HAD Nombre de journées HAD réalisées Nombre d'intervention de l'EMOG Nombre d'intervention EMASP Nombre de réunions EHPAD/HAD, EHPAD/SAU, EHPAD/filière gériatrique Nombre de consultations spécialisées protocolisées (sur place ou non) 						Informatisation du dossier résident est un atout à la production des indicateurs de manière régulière et pour leur suivi. La diffusion des résultats est le moyen de valoriser le travail effectué. Augmentation de la charge en soins des équipes des EHPAD non compensée par une augmentation minimum des moyens	

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			2019	2020	2021	2022	2023	
Fiche action n° 4.2 : Réduire les hospitalisations non programmées et promouvoir l'accès au parcours de soins des résidents des EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'hospitalisations non programmées / hospitalisations totales (résidents et journées) • Taux de transferts au SAU avec un DLU • Nombre de décès et taux décès EHPAD/décès total 							
Fiche action n° 4.3 : Développer la vie sociale et la citoyenneté	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> <ul style="list-style-type: none"> • Informatisation du dossier du résident • Projet d'animation • Mise en place et suivi des indicateurs de l'animation <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de journées véhicule pour vie sociale • Nombre de commissions et nombre de réunions annuelles • Nombre de résidents participant au moins à une activité par semaine • Nombre de manifestations organisées en lien avec l'ouverture sur la cité, en interne (accueil EXPOESIE...) et en externe (visites culturelles...) 	1 manifestation ou visite par trimestre – une sortie ou participation par résident à minima 1 manifestation ou visite par trimestre – une sortie ou participation par résident à minima						
Fiche action n° 4.4 : Accompagner l'aidant	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> <ul style="list-style-type: none"> • Livret d'accueil des aidants • Schéma directeur • Plan de formations <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'aidants bénéficiaires aux différents dispositifs • Nombre de réunions / groupe de paroles • Nombre d'aidants bénéficiant de prestations hôtelières 	Elaboration du projet	X X X	X X				Etablir une relation de confiance mutuelle entre l'EHPAD et les proches aidants

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			2019	2020	2021	2022	2023	
AXE 5 : Performance et management de la qualité								
Fiche action n° 5.1 : Gouvernance médico- sociale spécifique	Indicateurs de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> Existence sur le site internet et dans la GED institutionnelle d'un volet médico-social régulièrement actualisé (Présence des RBPP dans la GED) Existence d'un PAQSS « actif » Dispositif opérant de recueil des Evénements Indésirables résidents/ familles Existence de supports repérés dans le cadre de notre communication en interne et en externe Indicateurs de résultat (impact) <ul style="list-style-type: none"> Documents actualisés Calendrier de la démarche d'évaluation connue de tous Nombre de réunions tenues, pluri-professionnelles et avec participation des usagers dans le suivi des évaluations qualité Nombre de réunions du groupe pluri-professionnel « Bienveillance » EHPAD Nombre de réunions du groupe Ethique EHPAD Nombre de questionnaires de satisfaction 	1 par résident et par an – 1 par famille et par an						Maintenir la dynamique médico-sociale malgré le turn-over des équipes
Fiche action n° 5.2 : Gouvernance médico- sociale et Finances	Indicateurs de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre d'un budget E par réunification des budgets E1 et E2 PGFP du CHP intégrant le PPI du schéma directeur gériatrique en vue d'un plan d'investissement immobilier sur 20 ans Indicateurs de résultat (impact) <ul style="list-style-type: none"> Nombre de participations aux enquêtes et recueils d'indicateurs par an Production d'un seul budget 	<u>Budget E prévu pour 2019</u>	X					L'installation d'un logiciel métier permet de répondre de manière sûre et régulière à l'ensemble des campagnes de recueils d'indicateurs

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			2019	2020	2021	2022	2023	
Fiche action n° 5.3 : Gouvernance médico- sociale et Ressources humaines	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'un tableau RH théorique et réel <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de remplacements Nombre de professionnels EHPAD ayant bénéficié d'un temps spécifique d'accueil Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation Nombre et type de recrutements spécifiques Nombre de demandes abouties CH vers EHPAD 	60 par an	X	X	X	X	X	Absentéisme non maîtrisé ne permettant pas ou peu le développement des différentes actions.

Délégation Territoriale de la Dordogne

ARRETE 01 JAN. 2012

*portant modification
de la capacité de l'établissement pour personnes
âgées dépendantes « Beaufort-Magne » géré par
le Centre hospitalier de Périgueux.*

La Directrice Générale de l'Agence
Régionale de Santé d'Aquitaine,
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

Le Président du Conseil Général,

- VU** le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 313-1 à L. 313-9 relatifs aux autorisations et les articles R 313-1 à R 313-10 relatifs aux dispositions générales des droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- 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** le code général des collectivités territoriales et en particulier les articles L.3214-1 et L.3221-9 ;
- VU** le Schéma départemental 2009/2013 d'organisation sociale et médico-sociale, personnes âgées de Dordogne ;
- VU** l'arrêté ministériel en date du 27 juillet 1992 portant transformation juridique des lits d'hospice du Centre hospitalier de Périgueux, par création de 160 lits de soins de longue durée et 428 lits de maison de retraite (sites Parrot et Beaufort-Magne) ;
- VU** l'arrêté préfectoral du 10 mai 2005, portant autorisation de transformation de la maison de retraite « Beaufort Magne » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes par fusion de l'unité de soins de longue durée, d'une capacité de 322 places d'hébergement permanent ;
- VU** la délibération n° 4967 du conseil d'administration du Centre hospitalier de Périgueux du 5 novembre 2008, approuvant le principe de la création d'une unité de soins de longue durée de 60 lits, impliquant la diminution corrélative de la capacité globale d'EHPAD gérée par le Centre hospitalier, par transfert de places sur le site du Centre hospitalier « la Meynardie » ;
- VU** la décision de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine du 6 octobre 2009, autorisant le Centre hospitalier de Périgueux à exercer l'activité de soins de longue durée ;
- VU** l'arrêté de la Directrice Générale de l'ARS d'Aquitaine en date du 1er janvier 2012, autorisant le transfert de 60 places d'EHPAD gérées par le centre hospitalier de Périgueux au profit du Centre hospitalier « la Meynardie » ;

CONSIDERANT qu'une unité de soins de longue durée de 60 lits a été ouverte au Centre hospitalier de Périgueux à compter du 1^{er} janvier 2012 ;

CONSIDERANT que cette ouverture d'une unité de soins de longue durée et le transfert susvisé de places d'EHPAD impliquent la modification de capacité de l'EHPAD « Beaufort-Magne » à la même date ;

SUR proposition conjointe de Madame la directrice de la Délégation Territoriale de la Dordogne - Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et de Madame le Directeur Départemental de la Solidarité et Prévention ;

- ARRETEMENT -

ARTICLE 1 - L'autorisation accordée le 10 mai 2005 est modifiée pour porter la capacité de l'EHPAD Beaufort-Magne à Périgueux à 324 places d'hébergement permanent.

ARTICLE 2 - Conformément à l'article L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), 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 CASF, dans les conditions prévues par l'article L. 313-5 du même code, au moins deux ans avant l'expiration du délai de 15 ans précité.

ARTICLE 3 - Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement ou du service 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 de l'autorité compétente concernée.

ARTICLE 4 - L'EHPAD est autorisé à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de ses places d'hébergement permanent.

ARTICLE 5- Cet établissement est répertorié dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux de la manière suivante :

Entité juridique : Centre Hospitalier de Périgueux

N° FINESS : 24 000 01 17

Code statut juridique : Etablissement Public Communal d'Hospitalisation

Entité établissement : EHPAD Beaufort-Magne CH Périgueux

N° FINESS : 24 000 43 90

Code catégorie : 200 capacité : 324

Etablissement d'accueil pour personnes âgées

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil en maison de	11	Hébergement complet internat	711	Personnes âgées	324

ARTICLE 6 - Dans les deux mois à compter de sa notification ou de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de Dordogne et du recueil des actes du département, le présent arrêté peut faire l'objet soit d'un recours gracieux devant les autorités compétentes, soit d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 7 - La Directrice Générale adjointe de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, la directrice de la Délégation Territoriale de Dordogne et le directeur départemental de la solidarité et de la prévention pour 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 de la préfecture de Dordogne et au recueil des actes administratifs du département.

Fait à Bordeaux, le 01 JAN. 2012

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,

Nicole KLEIN | Pour la Directrice Générale
de l'ARS d'Aquitaine,
Par délégation,
La Directrice Générale Adjointe,

Anne BARON

Le Président du Conseil Général, M


Bernard CAZEAU

Délégation Territoriale de la Dordogne

ARRETE 01 JAN. 2012

*portant modification
de la capacité de l'établissement pour personnes
âgées dépendantes « Parrot » géré le Centre
hospitalier de Périgueux.*

La Directrice Générale de l'Agence
Régionale de Santé d'Aquitaine,
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

Le Président du Conseil Général,

VU le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 313-1 à L. 313-9 relatifs aux autorisations et les articles R 313-1 à R 313-10 relatifs aux dispositions générales des droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

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 le code général des collectivités territoriales et en particulier les articles L.3214-1 et L.3221-9 ;

VU le Schéma départemental 2009/2013 d'organisation sociale et médico-sociale, personnes âgées de Dordogne ;

VU l'arrêté ministériel en date du 27 juillet 1992 portant transformation juridique des lits d'hospice du Centre hospitalier de Périgueux, par création de 160 lits de soins de longue durée et 428 lits de maison de retraite (sites Parrot et Beaufort-Magne) ;

VU l'arrêté préfectoral du 10 mai 2005, portant autorisation de transformation de la maison de retraite « Parrot » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'une capacité de 235 places d'hébergement permanent ;

VU la délibération n° 4967 du conseil d'administration du Centre hospitalier de Périgueux du 5 novembre 2008, approuvant le principe de la création d'une unité de soins de longue durée de 60 lits, impliquant la diminution corrélative de la capacité globale d'EHPAD gérée par le Centre hospitalier ;

VU la décision de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine du 6 octobre 2009, autorisant le Centre hospitalier de Périgueux à exercer l'activité de soins de longue durée ;

VU l'arrêté de la Directrice Générale de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine du 1er janvier 2012, autorisant le transfert de 60 places d'EHPAD gérées par le Centre hospitalier de Périgueux au profit du Centre hospitalier « la Meynardie » ;

CONSIDERANT qu'une unité de soins de longue durée de 60 lits a été ouverte au Centre hospitalier de Périgueux à compter du 1^{er} janvier 2012 ;

CONSIDERANT enfin que le transfert de places d'EHPAD au profit du Centre hospitalier « la Meynardie » implique la modification de capacité de l'EHPAD « Parrot » à la même date ;

SUR proposition conjointe de Madame la directrice de la Délégation Territoriale de la Dordogne - Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et de Madame le Directeur Départemental de la Solidarité et Prévention ;

- ARRETENT -

ARTICLE 1 – L'autorisation accordée le 10 mai 2005 est modifiée pour ramener la capacité de l'EHPAD Parrot à Périgueux à 163 places d'hébergement permanent.

ARTICLE 2 - Conformément à l'article L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, 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 CASF, dans les conditions prévues par l'article L. 313-5 du même code, au moins deux ans avant l'expiration du délai de 15 ans précité.

ARTICLE 3 - Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement ou du service 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 de l'autorité compétente concernée.

ARTICLE 4 - L'EHPAD est autorisé à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de ses places d'hébergement permanent.

ARTICLE 5 – Cet établissement est répertorié dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux de la manière suivante :

Entité juridique : Centre Hospitalier de Périgueux

N° FINESS : 24 000 01 17

Code statut juridique : Etablissement Public Communal d'Hospitalisation

Entité établissement : EHPAD Parrot CH Périgueux

N° FINESS : 24 000 44 08

Code catégorie : 200 capacité : 163

Etablissement d'accueil pour personnes âgées

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil en maison de retraite	11	Hébergement complet internat	711	Personnes âgées dépendantes	163

ARTICLE 6 - Dans les deux mois à compter de sa notification ou de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de Dordogne et du recueil des actes du département, le présent arrêté peut faire l'objet soit d'un recours gracieux devant les autorités compétentes, soit d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 7 - La Directrice Générale adjointe de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, la directrice de la Délégation Territoriale de Dordogne et le directeur départemental de la solidarité et de la prévention pour 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 de la préfecture de Dordogne et au recueil des actes administratifs du département.

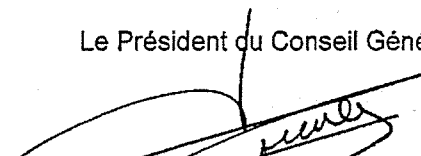
Fait à Bordeaux, le 01 JAN. 2012

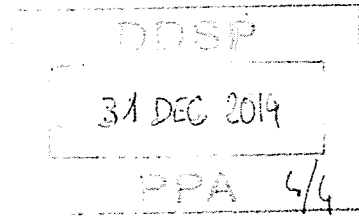
La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,

Nicole KLEIN
Pour la Directrice Générale
de l'ARS d'Aquitaine,
Par délégation,
La Directrice Générale Adjointe,


Anne BARON

Le Président du Conseil Général,


Bernard CAZEAU



**Abrégé du rapport
Evaluation externe des activités et de
la qualité des prestations
De l'EHPAD Parrot
Centre Hospitalier de Périgueux
24000 Périgueux**



<ul style="list-style-type: none">▪ Les projets individualisés ▪ Projet de soins et dossier de soins	<ul style="list-style-type: none">▪ Projet d'une commission d'animation. ▪ Ils font l'objet d'un travail d'équipe régulier et soutenu. ▪ Il existe un questionnaire préétabli. ▪ Il existe une méthodologie de rédaction. ▪ Une réévaluation est prévue. ▪ Le dossier de soins contient les éléments nécessaires à la prise en charge du résident avec le projet de vie, les transmissions de l'équipe pluridisciplinaire.	<ul style="list-style-type: none">▪ Les Projets Individualisés ne sont pas tous réalisés, ni tous réévalués. ▪ Le dossier de soins n'est pas informatisé : multiplication de classeurs ne garantissant ni la confidentialité, ni la sécurité des données.	<ul style="list-style-type: none">▪ Mettre en œuvre la commission d'animation. ▪ Poursuivre la dynamique et le rythme d'élaboration. ▪ Achever le travail d'élaboration de tous les projets individualisés. ▪ Planifier les évaluations des projets individualisés. ▪ Informatiser le dossier patient.
--	---	---	--

*6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers*

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
▪ Le CVS	▪ Le CVS est très actif et représente une instance de participation et de communication individuelle et collective efficace et dynamique.	▪ Le CVS pourrait être davantage considéré et utilisé comme une instance ressource.	▪ Accorder un temps de communication et de réflexion supplémentaire au CVS.
▪ La Commission des menus	▪ La commission des menus a lieu une fois par an pour chaque EHPAD. Les officières, référentes restauration, facilitent pour cette commission la remontée des informations.	▪ RAS	▪ RAS



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
<ul style="list-style-type: none">La garantie des droits	<ul style="list-style-type: none">La motivation et le professionnalisme des personnels inscrits dans une dynamique, d'amélioration de la prestation et de la réponse aux attentes du résident.	<ul style="list-style-type: none">La configuration même des locaux.Il existe un certain nombre de contention au fauteuil.	<ul style="list-style-type: none">Réfléchir à une diminution de certaines contentions par l'utilisation de moyens annexes tels que les fauteuils adaptés.S'appuyer sur des personnes ressources telles que les bénévoles pour favoriser les sorties à l'extérieur des résidents les moins autonomes.
<ul style="list-style-type: none">La gestion des risques	<ul style="list-style-type: none">Création de la fonction « IDE gestion des risques et évaluation des fragilités ».Un comité éthique existe au niveau du Centre Hospitalier de Périgueux.Une charte de bientraitance a été rédigée.Des fiches d'évènements indésirables ont été dématérialisées.	<ul style="list-style-type: none">La traçabilité du circuit du médicament est partielle.Les ordonnances se font sur papier avec transcription de l'IDE.	<ul style="list-style-type: none">Formaliser la traçabilité du circuit du médicament.Elargir l'informatisation à l'ensemble du circuit.Mettre en place la validation pharmaceutique et la traçabilité de l'administration du médicament.Mettre en place la commission de coordination gériatrique.



8. *Appréciation globale de l'évaluateur externe*

Le Centre Hospitalier de Périgueux a comme perspective de s'inscrire en tant qu'EHPAD ressources sur le territoire et ainsi de développer certains axes comme l'animation territoriale de la vie sociale des résidents d'EHPAD, la mise en place d'un centre d'évaluation des fragilités de la personne âgée, la mise en place d'un centre ressources d'aide aux aidants et le développement d'une dynamique territoriale médico-sociale.

Une prise en charge de qualité va au-delà des soins médicaux. L'EHPAD doit s'inscrire dans la continuité du domicile des personnes qu'il accueille.

Il y a eu un gros travail d'écriture et de formalisation des procédures, mais l'établissement doit tendre vers une plus que nécessaire informatisation, notamment pour sécuriser le circuit du médicament et rendre les dossiers de soins plus confidentiels et efficaces dans leur utilisation.

Du point de vue de son organisation, l'EHPAD a une base solide, mais du fait de son inscription dans un ensemble bien plus vaste et qui ne se limite pas à lui, les personnes « relai » doivent être en capacité de s'harmoniser autour d'une politique, une philosophie commune. L'évaluation interne a permis aux équipes de communiquer et il leur faut continuer sur cette lancée en se donnant des temps d'échanges.

Une véritable attention particulière, bienveillante, professionnelle du personnel et des soignants auprès des résidents a été constatée tout au long de nos observations.

9. *Méthodologie de l'évaluation externe*

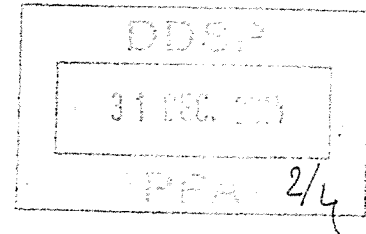
Items	
▪ Etape 1 : Information et Communication	▪ Présentation de l'Evaluation aux membres du Comité de Pilotage (grilles de travail, contenu, planification).
▪ Etape 2 : Recueil d'informations	▪ Construction en collaboration avec la direction de l'établissement du périmètre de l'intervention pour l'EHPAD Parrot de Périgueux (Projet d'établissement, protocole d'évaluation interne, organisation, résidents, environnement, etc.), planification et sélection des intervenants.
▪ Etape 3 : Evaluation sur site	▪ Intervention sur site : Chantal Peyssard Broussard, Hervé Dussaut, Christel Poher-Rousseau, Danièle Delarue, Béatrice Lebreton et Coline Zind. 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.



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
<p>Le planning de visite initialement proposé a été respecté, les rencontres des différents intervenants se sont déroulées dans une ambiance de confiance ; cependant, les interlocuteurs du centre hospitalier de PERIGUEUX ont constaté que les conclusions de l'évaluation interne n'étaient pas maîtrisées par tous les évaluateurs, et ont fait remonter un niveau d'impréparation, voire de non connaissance des domaines abordés.</p> <p>Le manque de synthèses quotidiennes avec les évaluateurs n'ont pas permis de préparer de façon optimale, en termes organisationnels, les rencontres avec les groupes de travail, laissant parfois la place à une improvisation délétère à l'évaluation dans de bonnes conditions.</p> <p>L'ambiance de travail a été professionnelle, mais les équipes ont constaté de la part de certains évaluateurs des jugements de valeur exprimés auprès des professionnels, sans fondement dans le cadre d'une évaluation externe.</p> <p>La restitution à chaud sous forme de « notation » ne nous paraît pas adaptée aux principes mêmes de l'évaluation établis par l'ANESM.</p>	<p>Les conclusions de l'évaluation externe sont conformes à l'évaluation interne, et ont pris en compte les organisations mises en place à l'EHPAD, même si la taille de la structure et la répartition par pavillon a été citée comme complexe par les évaluateurs.</p> <p>Les actions découlant de l'évaluation interne, la prise en charge du bien-être des résidents, la motivation et l'implication constantes du personnel ont été perçues et retranscrites par l'équipe d'évaluateurs.</p>



Abrégé du rapport
Evaluation externe des activités et de
la qualité des prestations
De l'EHPAD Beaufort-Magne
Centre Hospitalier de Périgueux
24000 Périgueux



	<ul style="list-style-type: none">▪ Les recommandations sont utilisées par l'équipe médico-soignante du pôle EHPAD en lien avec la cellule qualité institutionnelle.		
--	--	--	--

3. Le projet d'établissement et son actualisation

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none">▪ L'établissement bénéficie du projet d'établissement 2015-2019 du Centre Hospitalier de Périgueux.	<ul style="list-style-type: none">▪ Le projet de pôle intègre le projet d'établissement 2015-2019, en cours de finalisation.▪ Il a pour objectifs de valoriser l'activité, développer les activités émergentes, telles le centre EHPAD ressources, en identifiant les opportunités et perspectives à 5 ans.	<ul style="list-style-type: none">▪ En cours d'élaboration.	<ul style="list-style-type: none">▪ Finaliser le projet d'établissement 2015-2019 du CHP, en intégrant le projet EHPAD.

**4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le Centre Hospitalier de Périgueux est un centre ressources et de coordination d'EHPAD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le médecin coordonnateur est le Président d'une association CASSIOPEA spécialisée dans la téléassistance sur l'ensemble de la Dordogne, porteuse du CLIC du Grand Périgueux et de l'antenne ALMA. ▪ La collaboration porteuse de projets d'envergure avec le CLIC et la MAIA. ▪ Le projet centre EHPAD ressources labellisé par l'ARS pour 2014-2017. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'implantation même de l'EHPAD au sein d'un Centre Hospitalier ne doit pas faire oublier la personnalité même de l'établissement, lieu de vie pour personnes âgées. Travailler sur l'apparence extérieure. ▪ Il y a un manque de lien entre le domicile et l'EHPAD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler sur l'apparence extérieure du bâtiment Douglas. ▪ Créer des passerelles entre domicile et établissement pour que l'EHPAD soit un lieu de vie.

5. La personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'animation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les objectifs poursuivis par l'équipe d'animation. ▪ L'animation de la vie sociale. ▪ Les fiches évaluatives. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La feuille jaune des transmissions ciblées n'est pas élargie à toutes les unités des EHPAD. ▪ Il y a peu de temps d'animation individualisée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elargir l'utilisation de la feuille jaune des transmissions ciblées à toutes les unités des EHPAD. ▪ Avoir davantage de temps d'animations individualisées



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
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La garantie des droits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La motivation et le professionnalisme des personnels inscrits dans une dynamique. d'amélioration de la prestation et de la réponse aux attentes du résident. ▪ La configuration même des locaux des Félibres, pensés pour respecter les troubles comportementaux qu'engendrent la maladie d'Alzheimer et démences associées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La configuration même des locaux de Douglas. ▪ Il existe un certain nombre de contention au fauteuil. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réfléchir à une diminution de certaines contentions par l'utilisation de moyens annexes tels que les fauteuils adaptés. ▪ S'appuyer sur des personnes ressources telles que les bénévoles pour favoriser les sorties à l'extérieur des résidents les moins autonomes, notamment sur Douglas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gestion des risques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de la fonction « IDE gestion des risques et évaluation des fragilités ». ▪ Un comité éthique existe au niveau du Centre Hospitalier de Périgueux ▪ Une charte de bienveillance a été rédigée. ▪ Des fiches d'évènements indésirables ont été dématérialisées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La traçabilité du circuit du médicament est partielle. ▪ Les ordonnances se font sur papier avec transcription de l'IDE. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser la traçabilité du circuit du médicament. ▪ Elargir l'informatisation à l'ensemble du circuit. ▪ Mettre en place la validation pharmaceutique et la traçabilité de l'administration du médicament. ▪ Mettre en place la commission de coordination gériatrique.



8. *Appréciation globale de l'évaluateur externe*

Le Centre Hospitalier de Périgueux a comme perspective de s'inscrire en tant qu'EHPAD ressources sur le territoire et ainsi de développer certains axes comme l'animation territoriale de la vie sociale des résidents d'EHPAD, la mise en place d'un centre d'évaluation des fragilités de la personne âgée, la mise en place d'un centre ressources d'aide aux aidants et le développement d'une dynamique territoriale médico-sociale.

Une prise en charge de qualité va au-delà des soins médicaux. L'EHPAD doit s'inscrire dans la continuité du domicile des personnes qu'il accueille.

Il y a eu un gros travail d'écriture et de formalisation des procédures, mais l'établissement doit tendre vers une plus que nécessaire informatisation, notamment pour sécuriser le circuit du médicament et rendre les dossiers de soins plus confidentiels et efficaces dans leur utilisation.

Du point de vue de son organisation, l'EHPAD a une base solide, mais du fait de son inscription dans un ensemble bien plus vaste et qui ne se limite pas à lui, les personnes « relai » doivent être en capacité de s'harmoniser autour d'une politique, une philosophie commune. L'évaluation interne a permis aux équipes de communiquer et il leur faut continuer sur cette lancée en se donnant des temps d'échanges.

Une véritable attention particulière, bienveillante, professionnelle du personnel et des soignants auprès des résidents a été constatée tout au long de nos observations.

9. *Méthodologie de l'évaluation externe*

Items	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etape 1 : Information et Communication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentation de l'Evaluation aux membres du Comité de Pilotage (grilles de travail, contenu, planification).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etape 2 : Recueil d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construction en collaboration avec la direction de l'établissement du périmètre de l'intervention pour l'EHPAD Beaufort-Magne de Périgueux (Projet d'établissement, protocole d'évaluation interne, organisation, résidents, environnement, etc.), planification et sélection des intervenants.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etape 3 : Evaluation sur site 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention sur site : Chantal Peyssard-Broussard, Hervé Dussaut, Christel Poher-Rousseau, Danièle Delarue, Béatrice Lebreton et Coline Zind. 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.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etape 4 : Restitution 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restitution orale et écrite du rapport.

*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
<p>Le planning de visite initialement proposé a été respecté, les rencontres des différents intervenants se sont déroulées dans une ambiance de confiance ; cependant, les interlocuteurs du centre hospitalier de PERIGUEUX ont constaté que les conclusions de l'évaluation interne n'étaient pas maîtrisées par tous les évaluateurs, et ont fait remonter un niveau d'impréparation, voire de non connaissance des domaines abordés.</p> <p>Le manque de synthèses quotidiennes avec les évaluateurs n'ont pas permis de préparer de façon optimale, en termes organisationnels, les rencontres avec les groupes de travail, laissant parfois la place à une improvisation délétère à l'évaluation dans de bonnes conditions.</p> <p>L'ambiance de travail a été professionnelle, mais les équipes ont constaté de la part de certains évaluateurs des jugements de valeur exprimés auprès des professionnels, sans fondement dans le cadre d'une évaluation externe.</p> <p>La restitution à chaud sous forme de « notation » ne nous paraît pas adaptée aux principes mêmes de l'évaluation établis par l'ANESM.</p>	<p>Les conclusions de l'évaluation externe sont conformes à l'évaluation interne, et ont pris en compte les organisations mises en place à l'EHPAD, même si la taille de la structure et la répartition par pavillon a été citée comme complexe par les évaluateurs.</p> <p>Les actions découlant de l'évaluation interne, la prise en charge du bien-être des résidents, la motivation et l'implication constantes du personnel ont été perçues et retranscrites par l'équipe d'évaluateurs.</p>



TROISIEME PARTIE

SYNTHESE ET PRECONISATIONS

Introduction

L'EHPAD Beaufort-Magne d'une capacité de 324 places, se situe au sein du Centre Hospitalier de Périgueux.

L'EHPAD Beaufort Magne est décomposé en 2 parties :

- Le Bâtiment Les Félibres de 192 places qui accueille les malades Alzheimer et apparentés, les troubles du comportement et déambulation ainsi que les prises de soins spécifique (en particulier non médicamenteuse).

Il se compose de quatre unités de vie : les hêtres, les merisiers, les noyers et les peupliers, dans le même bâtiment uniquement composé de chambres individuelles, tout confort avec lieux de vie et jardins extérieurs et sécurisés.

Ses spécificités sont d'assurer un accompagnement et des soins spécifiques à des résidents dépendants en particulier lorsqu'ils présentent une maladie Alzheimer ou apparentées et de promouvoir les thérapies non médicamenteuse (attitude soignante, simulations cognitives, animations flash, accompagnement aux activités de la vie courante).

- Le Pavillon Douglas de 132 places qui accueille les dépendances lourdes sans pathologie spécifique (GIR 1-2 à l'admission) ainsi que les handicapés vieillissants (psychiatriques).

Il dispose de trois étages, lieux de vie situés dans un parc arboré : 2 unités de 48 lits et 1 unité de 36 lits, lits installés dans des chambres doubles et individuelles.

Ses spécificités sont d'assurer un accompagnement et des soins spécifiques à des résidents fortement dépendants ou présentant une maladie psychiatrique chronique et d'effectuer un suivi médical par les médecins traitants : praticiens hospitalier ou libéraux

L'EHPAD a mis en œuvre une évaluation interne fin 2013.

Les documents et outils sont au nombre de 7 : le projet d'établissement ou de service, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, la liste des personnes qualifiées, la charge des droits et libertés, le CVS qui permet le dialogue autour de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement ou du Service.

Préalablement à cette évaluation, des groupes de travail et de réflexion ont été constitué, un Comité de pilotage également. Chaque groupe est représentatif des différentes fonctions de l'EHPAD. Le souhait était d'avoir des relais en raison de la taille de la structure et de son découpage pavillonnaire. Chacun devait, pour sa partie, pouvoir relayer l'information, la réflexion.

En 2012 l'établissement a voulu anticiper la Convention Tripartite et sur l'Evaluation Interne en travaillant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Le travail s'est effectué en binôme avec un chef de projet sur chaque recommandation afin de lister les pratiques, les axes d'amélioration et les propositions émanant des professionnels.

Un plan d'actions en est ressorti, ce qui leur a permis de voir ce qui avait été fait et ce qu'il restait à faire, faire un état des lieux des pratiques et d'appréhender l'exercice difficile de la cotation.



Un plan d'action a été formalisé pour donner une vue globale et permettre de prioriser les choses.
Il y a eu 6 axes au total. Le référentiel FHF a été retravaillé et une Commission d'animation a été créée.
Une réunion a eu lieu suite à l'évaluation interne, une réunion globale invitant tous les agents qui le souhaitaient pour les informer de ce qui allait se décliner par la suite.
Il a cependant été difficile de faire circuler cette information du haut vers le bas avec 350 agents.

Concernant la Dynamique Qualité, une qualitiennne est en poste sur l'établissement. La qualitiennne assure l'évaluation des pratiques professionnelles auprès des médecins, en gérant la méthodologie : groupe de travail, recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, grille de recueil d'évaluation et rapport d'analyse.

Le médecin gestionnaire des risques gère les événements indésirables.

Son projet dans les mois qui viennent est de concevoir une enquête de satisfaction destinée aux résidents et à leur famille qui s'appuiera sur la dernière menée en 2009, avec un questionnaire repris et complété.

L'établissement procède à une évaluation annuelle du personnel.

La formation continue du personnel est effective et se traduit par un plan de formation formalisé.

Les vœux et besoins de formation individuels et collectifs sont recensés à l'occasion des entretiens annuels de formation menés par le personnel d'encadrement. Ils sont ensuite saisis dans le logiciel dédié à la gestion de la formation continue. Le Centre Hospitalier de Périgueux dispose d'une cellule de formation au sein de la Direction des Ressources Humaines. Il existe également une commission de formation.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ L'évaluation interne a été conduite de façon participative▪ Un véritable travail sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM a été conduit▪ Existence d'une cellule qualité.▪ Existence d'un plan d'action.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Recommuniquer auprès des agents sur l'existence et l'intérêt de l'évaluation interne.▪ Recommuniquer auprès des agents sur l'existence du plan d'actions et la mise en œuvre des réalisations.▪ Recommuniquer auprès des agents sur l'existence des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.▪ Elaborer un questionnaire de satisfactions à destination du résident dans le mois suivant son entrée dans l'établissement.▪ Concevoir une enquête de satisfaction destinée aux résidents.▪ Au niveau de la formation, développer d'autres modes de formation intra en groupe sur des formations flash avec une préparation adaptée au contexte.

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 des usagers

Le projet d'établissement :

Conformément au Code de la Santé Publique, le projet d'établissement 2014-2019 du Centre Hospitalier de Périgueux a été rédigé. Il prévoit sur 5 ans les évolutions stratégiques de l'établissement.



Le projet du pôle EHPAD a été rédigé en 2014 et sera intégré au Projet d'établissement du Centre Hospitalier de Périgueux, dans le cadre de l'axe gériatrique.

Le plan d'évaluation interne recoupe les objectifs du projet de renouvellement de conventions tripartites et s'articule autour de 4 thématiques déclinées en actions : la Gouvernance, Gestion et management, la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées, la dynamique territoriale.

Le projet de pôle tend également à développer des activités émergentes : la filière gériatrique du Centre Hospitalier de Périgueux, l'HAD, la filière gériatrique territoriale, le parcours de santé des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Mais aussi à identifier les opportunités et les perspectives à 5 ans : devenir un EHPAD ressources, participer aux actions de prévention et de dépistage des fragilités au niveau du pôle EHPAD et au niveau institutionnel, prendre en compte le nombre croissant des handicapés vieillissants et des autres publics en EHPAD, telles les personnes de moins de 60 ans, élargir l'offre d'hébergement temporaire, d'accueil de jour...

Le projet d'établissement est en cours d'élaboration, du projet de pôle découlera le projet d'établissement.

L'évaluation et la formation du personnel :

L'établissement procède à une évaluation annuelle du personnel.

La formation continue du personnel est effective et se traduit par un plan de formation formalisé.

Le plan de formation est élaboré en recensant les besoins du personnel pendant l'évaluation annuelle.

La cellule qualité est clairement identifiée.

Sur la partie de la formation, un bilan opérationnel est mis en œuvre au regard des besoins de l'agent.

Sur cette partie, il faut distinguer les axes : Formations institutionnelles avec le DPC, Etudes promotionnelles et Formations au niveau du pôle.

Chaque pôle a un budget délégué pour la formation.

Dans le cadre des formations il semble que certains axes autour de la diffusion des bonnes pratiques pourraient être mise en œuvre avec des outils MOBIQUAL.

Les recrutements et les remplacements :

Le recrutement est un travail en collaboration avec l'ensemble des cadres pour la définition des postes.

La base des effectifs est établie à partir de la convention tripartite.

Les vacances de poste sont diffusées en interne.

L'accompagnement des agents a porté sur la montée en compétence notamment sur la qualification des AS.

L'absentéisme n'est pas toujours remplacé. Les chiffres 2014 montrent que l'absentéisme tend à diminuer.

Le taux est de 7,8 %.

Aujourd'hui, chaque poste vacant est remplacé par une qualification équivalente.

Le recrutement se fait d'abord en interne à l'hôpital puis dans les viviers de l'établissement. S'il y a une mobilité, c'est le cadre du pôle qui affecte les agents.

Les modalités d'accompagnement :

Les objectifs principaux d'accompagnement sont fixés pour les résidents en termes d'hébergement dans des conditions de dignité et de confort conformes aux moyens octroyés, du maintien des acquis, dans les soins d'entretien rendus nécessaires par l'état de dépendance, dans le maintien de la vie sociale, de la liberté d'expression, de croyance et de choix.



Les objectifs suivis par l'équipe d'animation sont de préserver l'autonomie, de rompre l'isolement et la solitude des résidents. En favorisant les activités de groupe, il s'agit bien de valoriser la personne afin qu'elle continue à exercer pleinement sa «citoyenneté». La favorisation du lien social passe par la resocialisation, la communication, l'écoute. C'est pour cela que l'équipe d'animation est commune à Beaufort-Magne et Parrot.

Il y a une réelle volonté de faire de l'animation de la vie sociale un projet fort pour le pôle EHPAD.

Ce souci a permis de développer un jardin thérapeutique avec l'aide des étudiants de l'IUT de Génie Biologique option Agronomie et d'une partie du personnel. Ce jardin est très apprécié par les résidents et leurs familles.

Cela passe également par la création d'une commission d'animation fin 2014 début 2015. Ce projet sera présenté aux résidents et aux familles. Cette commission sera composée par des résidents, des familles, des soignants et des bénévoles. Elle se réunira en groupe de travail sur trois séances pour réfléchir et élaborer la fiche « activité ». Puis elle planifiera et évaluera son action par un questionnaire de satisfaction.

Des fiches évaluatives pour chaque atelier sont remplies et mises dans un classeur dans les unités. Après chaque activité et si besoin, des transmissions ciblées sont notées dans le dossier du résident sur une feuille jaune (pour les Félibres) nommée « compte rendu d'animation ». On retrouve sur ce document, la date et l'heure, l'activité, l'humeur, le comportement, les objectifs et la participation.

Les résidents sont pris en charge par le personnel soignant de l'établissement pour tous les soins liés à la dépendance.

Un kinésithérapeute libéral s'investit particulièrement par sa présence quotidienne, sa connaissance des spécificités des unités et du personnel soignant. Il assure quand il le faut la continuité des soins de kiné respiratoire sur le week-end si urgence.

La psychomotricienne a pour mission d'évaluer les problématiques les plus prégnantes avec tout d'abord une analyse des chutes et une orientation pour un bon accompagnement.

Chaque entrant a un bilan avec une évaluation des chutes pour chaque personne.

Une salle est en cours de rénovation sur les troubles de l'équilibre et la marche.

Les informations sont transmises grâce aux IDE et les dossiers de soins.

Les informations de la psychomotricienne sont présentées lors des transmissions et dans la fiche synthèse.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Existence d'une équipe paramédicale.▪ Richesse d'une équipe qui monte en compétences du fait de sa pluri professionnalité.▪ Une expérience a été menée autour du transfert et du partage des bonnes pratiques.▪ L'animation.▪ Les ASG et les ASH sont énormément sollicités dans le transfert des compétences.▪ L'aspiration des équipes à une stabilisation de l'encadrement afin de mettre en œuvres des actions de soins avec sérénité et quiétude.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Développer les partenariats avec les structures extérieures à l'établissement.▪ S'appuyer sur ces partenariats pour diversifier les actions.▪ Favoriser les échanges avec le territoire afin d'éviter la sensation d'enferment des résidents et ainsi maintenir la socialisation.



- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ Rendre plus visuel et attractif le planning des activités.▪ Elargir l'utilisation de la feuille jaune des transmissions ciblées aux autres services.▪ Avoir des temps d'animations individualisées.▪ Améliorer l'encadrement (cadre de santé en quantité et en compétence) pour permettre de stabiliser les projets et fidéliser les agents.▪ Mettre en œuvre des outils utilisables que chacun puisse utiliser simplement.▪ Gestion des compétences qu'il faut continuer à gérer autant sur la qualification que sur les ratios.▪ Anticipation sur des métiers futurs et adaptés.▪ Appuyer les organisations sur les projets.▪ Au niveau de la formation, développer d'autres modes de formation intra en groupe sur des formations flash avec une préparation adaptée au contexte.▪ Elaborer un questionnaire de satisfaction du personnel. |
|--|--|

2. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

L'EHPAD est accessible par la route (D8) et entouré de nombreuses places de parking.

Les espaces de circulation autour de l'établissement sont adaptés aux personnes à mobilité réduite, excepté une forte pente rendant l'accès du parc difficile pour les résidents en fauteuil des Félibres.

La signalétique au centre ville indique le Centre Hospitalier mais pas l'EHPAD.

L'accès peut également se faire par Péribus, les lignes 4 et 6 desservent l'arrêt « maison de retraite Parrot ».

Tous les commerces de bases sont présents et ouverts aux résidents de l'EHPAD. L'établissement ainsi que l'ensemble des commerçants de proximité sont en lien solidaire sur le territoire.

L'EHPAD Beaufort-Magne est, du point de vue de son implantation sur le territoire et au cœur du Centre Hospitalier de Périgueux, un des premiers employeurs du canton. C'est également une réponse au besoin d'accueil des personnes en perte d'autonomie et des anciens de la commune.

L'établissement a aujourd'hui une représentation institutionnelle valorisante par rapport à son organisation. Son implantation au sein du Centre Hospitalier de Périgueux l'intègre complètement comme un service du CH.

L'établissement et son terrain sont conformes à leur voisinage par la création et l'entretien d'espaces extérieurs.

Les usagers ont des relations régulières avec les membres de leur famille et des relations valorisantes par la visite régulière de personnes ne vivant pas dans la culture institutionnelle (bénévoles, associations...).

Le médecin coordonnateur est le Président d'une association CASSIOPEA spécialisée dans la téléassistance, porteuse du CLIC du Grand Périgueux et de l'antenne ALMA. Le fait d'être au sein de cette association permet d'avoir une vision transversale avec des actions de prévention autant sur le CLIC que sur la MAIA. Un exemple : projets dans le cadre du dépistage des fragilités.

La mise en œuvre est programmée sur 3 ans de 2014 à 2016.

Les missions de développement peuvent s'envisager sur le partage de compétence.



La mutualisation autour des 3 établissements en direction commune avec Lanmary et Sarlat pourrait être enrichie par un travail en commun de ces trois établissements.

Le Centre Hospitalier de Périgueux est un lieu ressource et de coordination d'EHPAD.

Il y a une analyse pour évaluer et pour coordonner les interventions et éviter les situations d'urgence, avec les bénéficiaires mais également avec la famille.

Il y a un travail avec l'assistante sociale de l'EHPAD afin de gérer les situations complexes.

Toutes les réunions de concertation sont organisées en collaboration CLIC/MAIA au-delà de l'analyse des besoins en situation d'urgence.

Des réunions institutionnalisées sont mises en œuvre pour regrouper tous les acteurs au niveau de la MAIA.

A propos de l'EHPAD, il y a eu une amélioration avec une ouverture vers l'extérieur.

Les deux organisations travaillent en collaboration pour qu'il y ait une réelle continuité dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

L'EHPAD emploie des CAE avec un suivi durant la durée du contrat.

L'EHPAD reçoit des stagiaires : IFSI, IFAS, IFCS et autres.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Le Centre Hospitalier de Périgueux a été reconnu comme un EHPAD Ressource.▪ La collaboration porteuse de projets d'envergure avec le CLIC et la MAIA.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ L'implantation même de l'EHPAD au sein d'un Centre Hospitalier ne doit pas faire oublier la personnalité même de l'établissement, lieu de vie pour personnes âgées. Travailler sur l'apparence extérieure du bâtiment : typographie, logo, signalétique... afin de le distinguer davantage de l'hôpital.▪ Il reste un travail à mettre en œuvre sur les outils de communication pour mettre en place les éléments d'échange en amont des admissions.▪ Créer des passerelles autant à l'intérieur qu'à l'extérieur.▪ Créer des passerelles entre domicile et établissement pour que l'EHPAD soit un lieu de vie.

3. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

La personne se voit proposer un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur.

Pour le pavillon Douglas, la proportion de chambres doubles limite la qualité de l'espace intime dévolu à chacun.

Certains résidents s'en accommodent et tirent profit de cette cohabitation qui peut les sécuriser. Le respect des rythmes de vie de chacun est favorisé pour les résidents valides et habitués par leur passé à vivre en institution. Certains résidents très dépendants, par la charge de travail que leur dépendance suscite, sont soumis aux horaires réglés par le service.



Pour ce qui concerne les résidents des unités des Félibres, une attention particulière est portée aux rythmes des déambulations, des prises alimentaires et du sommeil de chacun selon les préconisations de prise en charge des personnes atteintes de démence Alzheimer et apparentées. L'équipe de nuit prend sa part dans les accompagnements aux couchers tardifs.

Les personnes sont interpellées par leur patronyme précédé de Mr et Mme.

Une procédure administrative d'admission existe et le Centre Hospitalier de Périgueux a mis en place une Commission d'admission. Une assistante sociale a été spécialement dédiée aux EHPAD.

Une « préadmission » est réalisée par l'assistante sociale et une visite de l'établissement et des chambres est organisée. Ils essaient de faire visiter l'établissement dès le dépôt d'un dossier de demande d'admission pour opérer un premier tri et pour provoquer une réactivité.

Le consentement de la personne est toujours recherché.

Il n'y a pas de lits d'hébergement temporaire, une réflexion va être menée dans ce sens.

La charge de travail de nursing est importante pour un effectif prévu à 6 soignants et qui tourne à 4 parfois 3. Les toilettes « lourdes » sont faites l'après midi en fonction d'une charge de travail trop importante plutôt que par respect du rythme du résident, bien que les deux paramètres puissent parfois coïncider.

Il y a en moyenne trois changes par jour pour les incontinents et plus si nécessaire.

Les résidents sont conduits aux toilettes dès qu'il en manifeste le besoin et l'IDE y participe quand elle peut le faire car elle considère que le maintien de la continence est une priorité dans son rôle.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Il existe une commission d'admission.▪ Une assistante sociale est dédiée aux EHPAD.▪ Existence d'une attention particulière, bienveillante, professionnelle du personnel et des soignants.▪ Existence d'une adaptation constante des professionnels au regard du comportement du résident.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Revoir l'organisation des services afin de respecter davantage les rythmes des résidents.

Les projets personnalisés :

Ils font l'objet d'un travail d'équipe régulier et soutenu, mené deux fois par semaine, le matin, à la suite des transmissions. L'équipe IDE, AS et ASH faisant fonction aux soins y participent ainsi que la psychomotricienne. Le recueil des données a été renseigné en amont par l'IDE à l'aide d'un questionnaire préétabli et bien détaillé et d'un pictogramme d'autonomie qui illustre les capacités du résident concerné, avec une légende sur le niveau d'aide à apporter.

Le projet proprement dit est rédigé avec un guide d'aide à l'élaboration du projet personnalisé qui porte l'étiquette du patient et sera rangé dans son dossier de soins. Il reprend, après un recueil des informations et une synthèse, des objectifs et des actions pour lesquels le concours du résident est recherché autant que possible. Enfin une case est prévue pour des indicateurs de résultats en fonction des objectifs et actions menées.

Les projets doivent être réévalués dans les six mois suivant leur rédaction.



Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Des réunions régulières ont lieu.▪ Existence d'un questionnaire préétabli.▪ Existence d'une méthodologie de rédaction.▪ Une réévaluation est prévue.▪ 18 projets de vie réalisés sur deux mois d'été.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Poursuivre la dynamique et le rythme d'élaboration.▪ Achever le travail d'élaboration de tous les projets individualisés.▪ Planifier les évaluations des projets individualisés.

Projet de soins et dossier de soins :

S'il existe quelques variantes selon les EHPAD et les différentes unités, le projet de soins et les documents supports sont uniformisés.

Le dossier de soins contient des éléments nécessaires à la prise en charge du résident avec le projet de vie (ou à défaut les habitudes de vie), mais aussi les transmissions de toute l'équipe pluridisciplinaire le concernant. Il est matérialisé par un petit classeur bleu qui porte le nom du résident.

Un autre classeur contient les informations et prescriptions médicales recopiées et réactualisées si nécessaire, un classeur utilisé par les AS regroupe les fiches de synthèses des nursings, les fiches pour l'incontinence selon le modèle Hartman, le suivi des douches et les fiches de poids, un autre classeur est utilisé pour le suivi de l'hydratation.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Toutes les données nécessaires sont à la disposition des équipes soignantes.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Informatiser le dossier patient.

Le CVS :

Il est ressorti de l'évaluation interne des axes d'amélioration importants pour faire évoluer les pratiques professionnelles.

L'évaluation externe est un outil au changement.

Les réunions du CVS font l'objet de comptes rendus par les familles, complétés par les comptes rendus de l'administration.

Les nouveaux élus du CVS sont aujourd'hui animés par une volonté d'amélioration.

Les comptes rendus sont affichés et diffusés au niveau de l'ARS.

Plusieurs axes d'amélioration : le personnel, l'hygiène, les repas, l'animation.

Le CVS renouvelé a aujourd'hui fait émerger des besoins simples (animation, ouverture des portes, etc.) qui ne sont pas suivis d'effets pour des raisons de faisabilité technique ou des contraintes géographiques.

D'autre part, même s'il y a des raisons pour ne pas abonder systématiquement dans le sens de leurs propositions, il manque un temps d'explication et de communication.

Le CVS est très présent, il y a une permanence mensuelle.

Le CVS a soulevé plusieurs situations qui ont été suivies d'effets.

**La Commission des menus :**

La commission des menus a lieu deux fois par an pour chaque EHPAD. Elle se compose de l'équipe d'encadrement, du personnel des offices alimentaires, des représentants des familles, des représentants des résidents et la diététicienne. Les officières, référentes restauration, facilitent pour cette commission la remontée des informations.

Points forts	▪ Le CVS est très actif et représente une instance de participation et de communication individuelle et collective efficace et dynamique.
Préconisations	▪ Accorder un temps de communication et de réflexion supplémentaire au CVS.

4. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Aujourd'hui, les conditions d'accueil et d'hébergement sont tout à fait conformes aux attentes en termes de qualité et de sécurité aux Félibres, où les résidents sont accueillis au sein de chambres individuelles équipées d'une salle de bain privative, mais pas à Douglas.

La configuration des locaux, en ce qui concerne Douglas, avec des chambres doubles sans salle de bains, des locaux communs exigus, favorise une vie en communauté, en proximité, avec le partage que cela sous tend et les tensions que cela suscite. La confidentialité et le respect de la vie privée s'en trouvent, de fait, limités.

On trouve ici les limites de la vie affective et sexuelle, en particulier pour ce cas, mais d'une façon générale cet aspect n'est pas mis en évidence comme une priorité des équipes de soins qui restent souvent centrées sur la santé physique lors de leurs transmissions quotidiennes.

La confidentialité des informations détenues dans les dossiers de soins devraient être largement améliorées par l'informatisation et la dématérialisation des supports, qui aujourd'hui sont sous forme de classeurs sortis des armoires, mis en évidence sur les tables du bureau infirmier pour être facilement consultés par les soignants et donc susceptibles de l'être par d'autres.

Cependant les objectifs principaux d'accompagnement sont fixés pour les résidents en termes d'hébergement dans des conditions de dignité et de confort conformes aux moyens existants et octroyés, du maintien des acquis, dans les soins d'entretien rendus nécessaires par l'état de dépendance, dans le maintien de la vie sociale, de la liberté d'expression, de croyance et de choix.

Les soins de nursing et/ou d'accompagnement à la toilette se déroulent porte fermée, avec une adaptation constante du soignant par rapport au résident.

A Douglas, les allées et venues des résidents valides sont sans aucun doute libres et fréquentes.

La demande de sorties à l'extérieur et tout autres souhaits des résidents s'expriment régulièrement à travers les instances mises en place et bien investies.

Aux Félibres, la porte principale est protégée par un digicode de sortie dont le code est affiché en termes écrits. L'architecture du bâtiment récent, qui abrite les quatre unités dédiées aux patients atteints de troubles cognitifs, a été pensée pour permettre la déambulation qui est un symptôme de ces troubles.

Permettre cette déambulation sans risque de chuter, de s'égarer ou de déranger les autres résidents, a pour effet de faire baisser l'angoisse et donc l'agressivité des personnes atteintes de démence.



La communication verbale et non verbale de ces patients est prise en compte et respectée des soignants, ce qui se traduit par un calme impressionnant dans ces unités.

La protection sociale et l'accès aux soins des résidents sont respectés. Chaque résident a la possibilité d'avoir ses biens propres, d'agréments sa chambre avec du petit mobilier personnel, dans le respect des règles de sécurité.

Il existe un certain nombre de contentions au fauteuil et de barrières au lit pour ce qui concerne les personnes dites grabataires.

Cet état de fait devrait être reconsidéré au regard d'un risque réel de chute et non d'une possibilité qu'elles puissent tomber. Un matériel adapté comme les lits Alzheimer combinés à des matelas par terre et des fauteuils coquilles inclinables sont ressentis comme moins coercitifs par les personnes concernées qui conservent une certaine liberté de mouvement.

L'établissement a mis en place une Médecine préventive dans le cadre des EHPAD relative au bien-être et à la santé des travailleurs, au travers d'un médecin de la santé du travail et d'un psychologue du travail.

Les agents ont une visite annuelle. Ils peuvent venir rencontrer le psychologue sur leur temps de travail ou en dehors par soucis de confidentialité.

Ces deux praticiens travaillent sur les unités pour mettre en place soit de la régulation, soit de l'analyse des pratiques.

Le médecin coordonnateur est très impliqué dans son rôle et la construction de ce métier dans le temps et en collaboration avec les partenaires du territoire.

Dans les unités Parrot, les médecins traitants sont intégrés à la pré-admission et cela est tracé.

Les médecins, kinésithérapeutes libéraux interviennent sans contrat pour la plupart d'entre eux.

La Réunion de coordination gériatrique n'est pas mise en place. Elle est à prévoir pour fin 2014 ou 2015.

La liste des médicaments établie est diffusée auprès de tous les médecins traitants avec un livret thérapeutique gériatrique.

Il n'y a pas de système informatisé, les ordonnances se font sur papier avec une retranscription des IDE.

Il y a une traçabilité dans le circuit du médicament. Il n'y a pas de traçabilité de la prise du médicament.

Le ratio de personnel est tout à fait correct.

Un Comité éthique existe au centre hospitalier de Périgueux.

Dans l'autoévaluation un constat a été fait sur les fragilités des IDE sur les escarres, les chutes, les contentions, dénutritions, etc.

Au regard de ses résultats, la fonction « IDE des risques et évaluation des fragilités » a été développée.

Les missions : participer à la gestion, au suivi des risques identifiés et à l'évaluation des fragilités en collaboration avec le médecin coordonnateur, l'équipe d'encadrement et l'équipe infirmière, participer à la production, à la gestion des indicateurs et à leur pérennisation, participer à l'anticipation et à la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe des Etablissements médico-sociaux, participer aux soins généraux en période de crise (plan bleu, plan blanc...), le week-end : dispenser les soins dans un secteur du pôle EHPAD.

Une charte de Bienveillance a été rédigée.

Des fiches d'événements indésirables ont été dématérialisées dans l'outil QUALIWEB.



Le risque de maltraitance figure comme suivi de processus sur la fiche de poste de l'infirmière en gestion des risques et évaluation des fragilités en EHPAD et fait l'objet d'une attention particulière dans ce cadre. Des formations bientraitance sont organisées.

Le Centre Hospitalier de Périgueux tient des statistiques recensant les différents modes de sortie par pavillon.

Si le résident est en fin de vie, les professionnels s'assurent que les informations relatives à la fin de vie ont bien été recueillies. Il n'y a pas de recueil systématique à l'admission.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ La configuration des locaux des Félibres.▪ La création d'un poste « IDE des risques et évaluation des fragilités » est un véritable point fort quant à la vigilance et à la sécurité des soins.▪ Une charte de bientraitance a été rédigée.▪ Le Comité d'éthique existe.▪ La motivation et le professionnalisme des personnels inscrits dans une dynamique d'amélioration de la prestation et de la réponse aux attentes du résident.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Conformément à l'article L.311-7 du CASF, le règlement de fonctionnement doit être affiché.▪ S'appuyer sur des personnes ressources telles que les bénévoles pour favoriser les sorties à l'extérieur des résidents les moins autonomes.▪ Un système de cochage des dossiers, qui ont fait l'objet d'une transmission écrite, sur une liste ou un agenda, est toujours possible et évite que les dossiers ne restent stockés en dehors du meuble fermé à clefs dans lequel ils doivent se trouver.▪ Les mandataires doivent participer davantage à l'élaboration des projets de vie.▪ Réfléchir à une diminution de certaines contentions.▪ Mettre en place la réunion de coordination gériatrique.▪ Intégrer la prescription dans les fonctions des pharmaciens sur la vérification et la recopie des ordonnances.▪ Mettre en place un logiciel soins pour garantir efficacité du travail et confidentialité des données.▪ Formaliser la traçabilité du circuit du médicament.▪ Elargir l'informatisation à l'ensemble du circuit.▪ Réfléchir au moyen de recueillir les informations relatives à la fin de vie à l'admission.



CONCLUSION

L'EHPAD Beaufort-Magne est un établissement appuyé sur un hôpital et a donc la double dimension sociale/médico-sociale et hospitalière. Le Centre Hospitalier de Périgueux est tout d'abord une source d'emplois sur la commune, avec un retour économique sur l'emploi local. Il est également une véritable réponse dans l'accueil des anciens de Périgueux. Mais au-delà de ces simples constats, le Centre Hospitalier de Périgueux a également comme perspective de s'inscrire en tant qu'EHPAD ressources sur le territoire et ainsi de développer certains axes comme l'animation territoriale de la vie sociale des résidents d'EHPAD, la mise en place d'un centre d'évaluation des fragilités de la personne âgée, la mise en place d'un centre ressources d'aide aux aidants et le développement d'une dynamique territoriale médico-sociale.

Cette ambition, largement accessible, doit permettre à l'établissement de s'inscrire dans la continuité du domicile des personnes qu'il accueille et ainsi offrir une prise en charge de qualité, allant au-delà des soins médicaux. Les contraintes liées au bâtiment même du Pavillon Douglas, vétuste et qui n'est plus vraiment adapté à la population qu'il accueille, représentent un frein à cette démarche que les équipes devront savoir contourner.

Les Félières, quant à eux, s'inscrivent dans cette idée et, par leur côté avant-gardiste, en sont une belle illustration. Il s'agit là d'un beau challenge que de spécialiser cette structure dans l'accueil, l'accompagnement et la prise en soins en particulier non-médicamenteuse de 192 résidents atteints par la maladie d'Alzheimer et démences associées.

Quoiqu'il en soit, l'adaptation constante des professionnels est en œuvre, notamment au regard du comportement du résident, tout en tentant de répondre au mieux à ses besoins et la Cadre de santé de pôle est une véritable personne ressource tant elle est porteuse d'une envie de s'investir et de progresser.

Du point de vue de son organisation, l'EHPAD a une base solide, mais du fait de son inscription dans un ensemble bien plus vaste et qui ne se limite pas à lui, les personnes « relais » doivent être en capacité de s'harmoniser autour d'une politique, une philosophie commune. L'évaluation interne a permis aux équipes de communiquer et il leur faut continuer sur cette lancée en se donnant des temps d'échanges.

Chacun à son niveau est le garant du bon fonctionnement de cette structure et du bien être des résidents. Chacun doit pouvoir se questionner sur l'orientation qu'il souhaite donner à l'établissement et mettre tout en œuvre pour l'y conduire.

Il y a également eu un gros travail d'écriture et de normalisation des procédures, mais l'établissement doit tendre vers une plus que nécessaire informatisation.

Devenir un EHPAD ressources est à portée de mains, mais il reste difficile d'appréhender chaque structure de façon globale tant la prise en charge est liée aux locaux, différente à chaque endroit en raison des populations accueillies.

L'avenir des EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux réside donc sans aucun doute dans l'unification des différents EHPAD, déclinés en différentes unités, accueillant chacune une population à l'identité et aux besoins de prise en charge bien définis.



TROISIEME PARTIE

SYNTHESE ET PRECONISATIONS

Introduction

L'EHPAD Parrot, d'une capacité de 163 places se situe au sein du Centre Hospitalier de Périgueux. Il comporte 3 pavillons : Acacias, Bouleaux et Cèdres, situés dans un parc arboré. Les personnes accueillies ont une dépendance moyenne et un besoin de soins courants (GIR 3-4 à l'admission). Elles sont reçues dans des chambres doubles et individuelles.

Les spécificités de l'EHPAD Parrot sont d'assurer un accompagnement et des soins spécifiques pour des résidents dont l'autonomie ne leur permet plus de rester à domicile et d'avoir un suivi médical effectué par le médecin traitant. L'autonomie à l'admission doit être compatible avec les capacités d'accompagnement.

L'EHPAD a mis en œuvre une évaluation interne fin 2013.

Les documents et outils sont au nombre de 7 : le projet d'établissement ou de service, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, la liste des personnes qualifiées, la charge des droits et libertés, le CVS qui permet le dialogue autour de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement ou du Service.

Préalablement à cette évaluation, des groupes de travail et de réflexion ont été constitués, un Comité de pilotage également. Chaque groupe est représentatif des différentes fonctions de l'EHPAD. Le souhait était d'avoir des relais en raison de la taille de la structure et de son découpage pavillonnaire. Chacun devait, pour sa partie, pouvoir relayer l'information, la réflexion.

En 2012 l'établissement a voulu anticiper la Convention Tripartite et sur l'Evaluation Interne en travaillant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Le travail s'est effectué en binôme avec un chef de projet sur chaque recommandation afin de lister les pratiques, les axes d'amélioration et les propositions émanant des professionnels.

Un plan d'actions en est ressorti, ce qui leur a permis de voir ce qui avait été fait et ce qu'il restait à faire, faire un état des lieux des pratiques et d'appréhender l'exercice difficile de la cotation.

Un plan d'action a été formalisé pour donner une vue globale et permettre de prioriser les choses.

Il y a eu 6 axes au total. Le référentiel FHF a été retravaillé et une Commission d'animation a été créée.

Une réunion a eu lieu suite à l'évaluation interne, une réunion globale invitant tous les agents qui le souhaitaient pour les informer de ce qui allait se décliner par la suite.

Il a cependant été difficile de faire circuler cette information du haut vers le bas avec 350 agents.

Concernant la Dynamique Qualité, une qualitiennne est en poste sur l'établissement. La qualitiennne assure l'évaluation des pratiques professionnelles auprès des médecins, en gérant la méthodologie : groupe de travail, recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, grille de recueil d'évaluation et rapport d'analyse.

Le médecin gestionnaire des risques gère les événements indésirables.

Son projet dans les mois qui viennent est de concevoir une enquête de satisfaction destinée aux résidents et à leur famille qui s'appuiera sur la dernière menée en 2009, avec un questionnaire repris et complété.



L'établissement procède à une évaluation annuelle du personnel.

La formation continue du personnel est effective et se traduit par un plan de formation formalisé.

Les vœux et besoins de formation individuels et collectifs sont recensés à l'occasion des entretiens annuels de formation menés par le personnel d'encadrement. Ils sont ensuite saisis dans le logiciel dédié à la gestion de la formation continue. Le Centre Hospitalier de Périgueux dispose d'une cellule de formation au sein de la Direction des Ressources Humaines. Il existe également une commission de formation.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ L'évaluation interne a été conduite de façon participative▪ Un véritable travail sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM a été conduit▪ Existence d'une cellule qualité.▪ Existence d'un plan d'action.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Recommuniquez auprès des agents sur l'existence et l'intérêt de l'évaluation interne.▪ <i>Recommuniquez auprès des agents sur l'existence du plan d'actions et la mise en œuvre des réalisations.</i>▪ Recommuniquez auprès des agents sur l'existence des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.▪ Elaborer un questionnaire de satisfactions à destination du résident dans le mois suivant son entrée dans l'établissement.▪ Concevoir une enquête de satisfaction destinée aux résidents.▪ Au niveau de la formation, développer d'autres modes de formation intra en groupe sur des formations flash avec une préparation adaptée au contexte.

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 des usagers

Le projet d'établissement :

Conformément au Code de la Santé Publique, le projet d'établissement 2014-2019 du Centre Hospitalier de Périgueux a été rédigé. Il prévoit sur 5 ans les évolutions stratégiques de l'établissement.

Le projet du pôle EHPAD a été rédigé en 2014 et sera intégré au Projet d'établissement du Centre Hospitalier de Périgueux, dans le cadre de l'axe gériatrique.

Le plan d'évaluation interne recoupe les objectifs du projet de renouvellement de conventions tripartites et s'articule autour de 4 thématiques déclinées en actions : la Gouvernance, Gestion et management, la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées, la dynamique territoriale.

Le projet de pôle tend également à développer des activités émergentes : la filière gériatrique du Centre Hospitalier de Périgueux, l'HAD, la filière gériatrique territoriale, le parcours de santé des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Mais aussi à identifier les opportunités et les perspectives à 5 ans : devenir un EHPAD ressources, participer aux actions de prévention et de dépistage des fragilités au niveau du pôle EHPAD et au niveau institutionnel, prendre en compte le nombre croissant des handicapés vieillissants et des autres publics en EHPAD, telles les personnes de moins de 60 ans, élargir l'offre d'hébergement temporaire, d'accueil de jour...



Le projet d'établissement est en cours d'élaboration, du projet de pôle découlera le projet d'établissement.

L'évaluation et la formation du personnel :

L'établissement procède à une évaluation annuelle du personnel.

La formation continue du personnel est effective et se traduit par un plan de formation formalisé.

Le plan de formation est élaboré en recensant les besoins du personnel pendant l'évaluation annuelle.

La cellule qualité est clairement identifiée.

Sur la partie de la formation, un bilan opérationnel est mis en œuvre au regard des besoins de l'agent.

Sur cette partie, il faut distinguer les axes : Formations institutionnelles avec le DPC, Etudes promotionnelles et Formations au niveau du pôle.

Chaque pôle a un budget délégué en matière de formation.

Dans le cadre des formations il semble que certains axes autour de la diffusion des bonnes pratiques pourraient être mise en œuvre avec des outils MOBIQUAL.

Les recrutements et les remplacements :

Le recrutement est un travail en collaboration avec l'ensemble des cadres pour la définition des postes.

La base des effectifs est établie à partir de la convention tripartite.

Les vacances de poste sont diffusées en interne.

L'accompagnement des agents a porté sur la montée en compétence notamment sur la qualification des AS.

L'absentéisme n'est pas toujours remplacé. Les chiffres 2014 montrent que l'absentéisme tend à diminuer.

Le taux est de 7,8 %.

Aujourd'hui, chaque poste vacant est remplacé par une qualification équivalente.

Le recrutement se fait d'abord en interne à l'hôpital puis dans les viviers de l'établissement. S'il y a une mobilité, c'est le cadre du pôle qui affecte les agents.

Les modalités d'accompagnement :

Les objectifs principaux d'accompagnement sont fixés pour les résidents en termes d'hébergement dans des conditions de dignité et de confort conformes aux moyens octroyés, du maintien des acquis, dans les soins d'entretien rendus nécessaires par l'état de dépendance, dans le maintien de la vie sociale, de la liberté d'expression, de croyance et de choix.

Les objectifs suivis par l'équipe d'animation sont de préserver l'autonomie, de rompre l'isolement et la solitude des résidents. En favorisant les activités de groupe, il s'agit bien de valoriser la personne afin qu'elle continue à exercer pleinement sa «citoyenneté». La favorisation du lien social passe par la resocialisation, la communication, l'écoute. C'est pour cela que l'équipe d'animation est commune à Beaufort-Magne et Parrot.

Il y a une réelle volonté de faire de l'animation de la vie sociale un projet fort pour le pôle EHPAD.

Ce souci a permis de développer un jardin thérapeutique avec l'aide des étudiants de l'IUT de Génie Biologique option Agronomie et d'une partie du personnel. Ce jardin est très apprécié par les résidents et leurs familles.

Cela passe également par la création d'une commission d'animation fin 2014 début 2015. Ce projet sera présenté aux résidents et aux familles. Cette commission sera composée par des résidents, des familles, des soignants et des bénévoles. Elle se réunira en groupe de travail sur trois séances pour réfléchir et élaborer la fiche « activité ». Puis elle planifiera et évaluera son action par un questionnaire de satisfaction.



Des fiches évaluatives pour chaque atelier sont remplies et mises dans un classeur dans les unités. Après chaque activité et si besoin, des transmissions ciblées sont notées dans le dossier du résident sur une feuille jaune (pour les Félibres) nommée « compte rendu d'animation ». On retrouve sur ce document, la date et l'heure, l'activité, l'humeur, le comportement, les objectifs et la participation.

Les résidents sont pris en charge par le personnel soignant de l'établissement pour tous les soins liés à la dépendance.

Un kinésithérapeute libéral s'investit particulièrement par sa présence quotidienne, sa connaissance des spécificités des unités et du personnel soignant. Il assure quand il le faut la continuité des soins de kiné respiratoire sur le week-end si urgence.

La psychomotricienne a pour mission d'évaluer les problématiques les plus prégnantes avec tout d'abord une analyse des chutes et une orientation pour un bon accompagnement.

Chaque entrant a un bilan avec une évaluation des chutes pour chaque personne.

Une salle est en cours de rénovation sur les troubles de l'équilibre et la marche.

Les informations sont transmises grâce aux IDE et les dossiers de soins.

Les informations de la psychomotricienne sont présentées lors des transmissions et dans la fiche synthèse.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Existence d'une équipe paramédicale.▪ Richesse d'une équipe qui monte en compétences du fait de sa pluri professionnalité.▪ Une expérience a été menée autour du transfert et du partage des bonnes pratiques.▪ L'animation.▪ Les ASG et les ASH sont énormément sollicités dans le transfert des compétences.▪ L'aspiration des équipes à une stabilisation de l'encadrement afin de mettre en œuvres des actions de soins avec sérénité et quiétude.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Développer les partenariats avec les structures extérieures à l'établissement.▪ S'appuyer sur ces partenariats pour diversifier les actions.▪ Favoriser les échanges avec le territoire afin d'éviter la sensation d'enferment des résidents et ainsi maintenir la socialisation.▪ Rendre plus visuel et attractif le planning des activités.▪ Elargir l'utilisation de la feuille jaune des transmissions ciblées aux autres services.▪ Avoir des temps d'animations individualisées.▪ Améliorer l'encadrement (cadre de santé en quantité et en compétence) pour permettre de stabiliser les projets et fidéliser les agents.▪ Mettre en œuvre des outils utilisables que chacun puisse utiliser simplement.▪ Gestion des compétences qu'il faut continuer à gérer autant sur la qualification que sur les ratios.▪ Anticipation sur des métiers futurs et adaptés.▪ Appuyer les organisations sur les projets.▪ Au niveau de la formation, développer d'autres modes de formation intra en groupe sur des formations flash avec une préparation adaptée au contexte.▪ Elaborer un questionnaire de satisfaction du personnel.



2. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

L'EHPAD est accessible par la route (D8) et entouré de nombreuses places de parking.

Les espaces de circulation autour de l'établissement sont adaptés aux personnes à mobilité réduite.

La signalétique au centre ville indique le Centre Hospitalier mais pas l'EHPAD.

L'accès peut également se faire par Péribus, les lignes 4 et 6 desservent l'arrêt « maison de retraite Parrot ».

Tous les commerces de bases sont présents et ouverts aux résidents de l'EHPAD. L'établissement ainsi que l'ensemble des commerçants de proximité sont en lien solidaire sur le territoire.

L'EHPAD Parrot est, du point de vue de son implantation sur le territoire et au cœur du Centre Hospitalier de Périgueux, un des premiers employeurs du canton. C'est également une réponse au besoin d'accueil des personnes en perte d'autonomie et des anciens de la commune.

L'établissement a aujourd'hui une représentation institutionnelle valorisante par rapport à son organisation. Son implantation au sein du Centre Hospitalier de Périgueux l'intègre complètement comme un service du CH.

L'établissement et son terrain sont conformes à leur voisinage par la création et l'entretien d'espaces extérieurs.

Les usagers ont des relations régulières avec les membres de leur famille et des relations valorisantes par la visite régulière de personnes ne vivant pas dans la culture institutionnelle (bénévoles, associations...).

Le médecin coordonnateur est le Président d'une association CASIOPEA spécialisée dans la téléassistance, porteuse du CLIC du Grand Périgueux et de l'antenne ALMA. Le fait d'être au sein de cette association permet d'avoir une vision transversale avec des actions de prévention autant sur le CLIC que sur la MAIA. Un exemple : projets dans le cadre du dépistage des fragilités.

La mise en œuvre est programmée sur 3 ans de 2014 à 2016.

Les missions de développement peuvent s'envisager sur le partage de compétence.

La mutualisation autour des 3 établissements en direction commune avec Lanmary et Sarlat pourrait être enrichie par un travail en commun de ces trois établissements.

Le Centre Hospitalier de Périgueux est un lieu ressource et de coordination d'EHPAD.

Il y a une analyse pour évaluer et pour coordonner les interventions et éviter les situations d'urgence, avec les bénéficiaires mais également avec la famille.

Il y a un travail avec l'assistante sociale de l'EHPAD afin de gérer les situations complexes.

Toutes les réunions de concertation sont organisées en collaboration CLIC/MAIA au-delà de l'analyse des besoins en situation d'urgence.

Des réunions institutionnalisées sont mises en œuvre pour regrouper tous les acteurs au niveau de la MAIA.

A propos de l'EHPAD, il y a eu une amélioration avec une ouverture vers l'extérieur.

Les deux organisations travaillent en collaboration pour qu'il y ait une réelle continuité dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

L'EHPAD emploie des CAE avec un suivi durant la durée du contrat.

L'EHPAD reçoit des stagiaires : IFSI, IFAS, IFCS et autres.



Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Le Centre Hospitalier de Périgueux a été reconnu comme EHPAD Ressource.▪ La collaboration porteuse de projets d'envergure avec le CLIC et la MAIA.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ L'implantation même de l'EHPAD au sein d'un Centre Hospitalier ne doit pas faire oublier la personnalité même de l'établissement, lieu de vie pour personnes âgées. Travailler sur l'apparence extérieure du bâtiment : typographie, logo, signalétique... afin de le distinguer davantage de l'hôpital.▪ Il reste un travail à mettre en œuvre sur les outils de communication pour mettre en place les éléments d'échange en amont des admissions.▪ Créer des passerelles autant à l'intérieur qu'à l'extérieur.▪ Créer des passerelles entre domicile et établissement pour que l'EHPAD soit un lieu de vie.

3. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

La personne se voit proposer un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur.

Les portes des chambres portent, dans l'ensemble, le nom de leurs occupants, mais de façon impersonnelle.

Le vouvoiement est de rigueur à l'exception de la demande insistante d'un ou deux résidents.

Une procédure administrative d'admission existe et le Centre Hospitalier de Périgueux a mis en place une Commission d'admission. Une assistante sociale a été spécialement dédiée aux EHPAD.

Une « préadmission » est réalisée par l'assistante sociale et une visite de l'établissement et des chambres est organisée. Ils essaient de faire visiter l'établissement dès le dépôt d'un dossier de demande d'admission pour opérer un premier tri et pour provoquer une réactivité.

Le consentement de la personne est toujours recherché.

Il n'y a pas de lits d'hébergement temporaire, une réflexion va être menée dans ce sens.

Les transmissions sont effectuées et assurent la continuité de la prise en charge des résidents. C'est le personnel du bâtiment Douglas qui a également en charge les résidents des pavillons de Parrot.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Il existe une commission d'admission.▪ Une assistante sociale est dédiée aux EHPAD.▪ Existence d'une attention particulière, bienveillante, professionnelle du personnel et des soignants.▪ Existence d'une adaptation constante des professionnels au regard du comportement du résident.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Améliorer la circulation des informations et les relations entre les équipes de jour, l'administration et les équipes de nuit.▪ Améliorer la sécurité des soignants isolés qui peuvent être confronté la nuit à des situations précaires.

**Les projets personnalisés :**

Ils font l'objet d'un travail d'équipe régulier et soutenu, mené deux fois par semaine, le matin, à la suite des transmissions. L'équipe IDE, AS et ASH faisant fonction aux soins y participent ainsi que la psychomotricienne. Le recueil des données a été renseigné en amont par l'IDE à l'aide d'un questionnaire préétabli et bien détaillé et d'un pictogramme d'autonomie qui illustre les capacités du résident concerné, avec une légende sur le niveau d'aide à apporter.

Le projet proprement dit est rédigé avec un guide d'aide à l'élaboration du projet personnalisé qui porte l'étiquette du patient et sera rangé dans son dossier de soins. Il reprend, après un recueil des informations et une synthèse, des objectifs et des actions pour lesquels le concours du résident est recherché autant que possible. Enfin une case est prévue pour des indicateurs de résultats en fonction des objectifs et actions menées.

Les projets doivent être réévalués dans les six mois suivant leur rédaction.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Des réunions régulières ont lieu.▪ Existence d'un questionnaire préétabli.▪ Existence d'une méthodologie de rédaction.▪ Une réévaluation est prévue.▪ 18 projets de vie réalisés sur deux mois d'été.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Poursuivre la dynamique et le rythme d'élaboration.▪ Acheter le travail d'élaboration de tous les projets individualisés.▪ Planifier les évaluations des projets individualisés.

Projet de soins et dossier de soins :

S'il existe quelques variantes selon les EHPAD et les différentes unités, le projet de soins et les documents supports sont uniformisés.

Le dossier de soins contient des éléments nécessaires à la prise en charge du résident avec le projet de vie (ou à défaut les habitudes de vie), mais aussi les transmissions de toute l'équipe pluridisciplinaire le concernant. Il est matérialisé par un petit classeur bleu qui porte le nom du résident.

Un autre classeur contient les informations et prescriptions médicales recopiées et réactualisées si nécessaire, un classeur utilisé par les AS regroupe les fiches de synthèses des nursings, les fiches pour l'incontinence selon le modèle Hartman, le suivi des douches et les fiches de poids, un autre classeur est utilisé pour le suivi de l'hydratation.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ Toutes les données nécessaires sont à la disposition des équipes soignantes.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Informatiser le dossier patient.

Le CVS :

Il est ressorti de l'évaluation interne des axes d'amélioration importants pour faire évoluer les pratiques professionnelles.

L'évaluation externe est un outil au changement.

Les réunions du CVS font l'objet de comptes rendus par les familles, complétés par les comptes rendus de l'administration.

Les nouveaux élus du CVS sont aujourd'hui animés par une volonté d'amélioration.



Les comptes rendus sont affichés et diffusés au niveau de l'ARS.

Plusieurs axes d'amélioration : le personnel, l'hygiène, les repas, l'animation.

Le CVS renouvelé a aujourd'hui fait émerger des besoins simples (animation, ouverture des portes, etc.) qui ne sont pas suivis d'effets pour des raisons de faisabilité technique ou des contraintes géographiques.

D'autre part, même s'il y a des raisons pour ne pas abonder systématiquement dans le sens de leurs propositions, il manque un temps d'explication et de communication.

Le CVS est très présent, il y a une permanence mensuelle.

Le CVS a soulevé plusieurs situations qui ont été suivies d'effets.

La Commission des menus :

La commission des menus a lieu deux fois par an pour chaque EHPAD. Elle se compose de l'équipe d'encadrement, du personnel des offices alimentaires, des représentants des familles, des représentants des résidents et la diététicienne. Les officières, référentes restauration, facilitent pour cette commission la remontée des informations.

Points forts	▪ Le CVS est très actif et représente une instance de participation et de communication individuelle et collective efficace et dynamique.
Préconisations	▪ Accorder un temps de communication et de réflexion supplémentaire au CVS.

4. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Les résidents sont souvent accueillis au sein de chambres doubles non équipées de salles de bains privatives. Aujourd'hui, les conditions d'accueil et d'hébergement ne sont pas tout à fait conformes aux attentes en termes de qualité et ce, en raison des contraintes imposées par la vétusté du bâtiment.

La configuration des locaux, avec des chambres doubles, des locaux communs exigus, favorise une vie en communauté, en proximité, avec le partage que cela sous tend et les tensions que cela suscite. La confidentialité et le respect de la vie privée s'en trouvent, de fait, limités.

On trouve ici les limites de la vie affective et sexuelle, en particulier pour ce cas, mais d'une façon générale cet aspect n'est pas mis en évidence comme une priorité des équipes de soins qui restent souvent centrées sur la santé physique lors de leurs transmissions quotidiennes.

La confidentialité des informations détenues dans les dossiers de soins devraient être largement améliorées par l'informatisation et la dématérialisation des supports, qui aujourd'hui sont sous forme de classeurs sortis des armoires, mis en évidence sur les tables du bureau infirmier pour être facilement consultés par les soignants et donc susceptibles de l'être par d'autres.

Cependant les objectifs principaux d'accompagnement sont fixés pour les résidents en termes d'hébergement dans des conditions de dignité et de confort conformes aux moyens existants et octroyés, du maintien des acquis, dans les soins d'entretien rendus nécessaires par l'état de dépendance, dans le maintien de la vie sociale, de la liberté d'expression, de croyance et de choix.

Les soins de nursing et/ou d'accompagnement à la toilette se déroulent porte fermée, avec une adaptation constante du soignant par rapport au résident.

Les allées et venues des résidents valides sont sans aucun doute libres et fréquentes.



La demande de sorties à l'extérieur et tout autres souhaits des résidents s'expriment régulièrement à travers les instances mises en place et bien investies.

La protection sociale et l'accès aux soins des résidents sont respectés. Chaque résident a la possibilité d'avoir ses biens propres, d'agréments sa chambre avec du petit mobilier personnel, dans le respect des règles de sécurité.

Il existe un certain nombre de contentions au fauteuil et de barrières au lit pour ce qui concerne les personnes dites grabataires.

Cet état de fait devrait être reconsidéré au regard d'un risque réel de chute et non d'une possibilité qu'elles puissent tomber. Un matériel adapté comme les lits Alzheimer combinés à des matelas par terre et des fauteuils coquilles inclinables sont ressentis comme moins coercitifs par les personnes concernées qui conservent une certaine liberté de mouvement.

L'établissement a mis en place une Médecine préventive dans le cadre des EHPAD relative au bien-être et à la santé des travailleurs, au travers d'un médecin de la santé du travail et d'un psychologue du travail.

Les agents ont une visite annuelle. Ils peuvent venir rencontrer le psychologue sur leur temps de travail ou en dehors par soucis de confidentialité.

Ces deux praticiens travaillent sur les unités pour mettre en place soit de la régulation, soit de l'analyse des pratiques.

Le médecin coordonnateur est très impliqué dans son rôle et la construction de ce métier dans le temps et en collaboration avec les partenaires du territoire.

Dans les unités Parrot, les médecins traitants sont intégrés à la pré-admission et cela est tracé.

Les médecins, kinésithérapeutes libéraux interviennent sans contrat pour la plupart d'entre eux.

La Réunion de coordination gériatrique n'est pas mise en place. Elle est à prévoir pour fin 2014 ou 2015.

La liste des médicaments établie est diffusée auprès de tous les médecins traitants avec un livret thérapeutique gériatrique.

Il n'y a pas de système informatisé, les ordonnances se font sur papier avec une retranscription des IDE.

Il y a une traçabilité dans le circuit du médicament. Il n'y a pas de traçabilité de la prise du médicament.

Le ratio de personnel est tout à fait correct.

Un Comité éthique existe au centre hospitalier de Périgueux.

Dans l'autoévaluation un constat a été fait sur les fragilités des IDE sur les escarres, les chutes, les contentions, dénutritions, etc.

Au regard de ses résultats, la fonction « IDE des risques et évaluation des fragilités » a été développée.

Les missions : participer à la gestion, au suivi des risques identifiés et à l'évaluation des fragilités en collaboration avec le médecin coordonnateur, l'équipe d'encadrement et l'équipe infirmière, participer à la production, à la gestion des indicateurs et à leur pérennisation, participer à l'anticipation et à la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe des Etablissements médico-sociaux, participer aux soins généraux en période de crise (plan bleu, plan blanc...), le week-end : dispenser les soins dans un secteur du pôle EHPAD.

Une charte de Bientraitance a été rédigée.

Des fiches d'événements indésirables ont été dématérialisées dans l'outil QUALIWEB.

Le risque de maltraitance figure comme suivi de processus sur la fiche de poste de l'infirmière en gestion des risques et évaluation des fragilités en EHPAD et fait l'objet d'une attention particulière dans ce cadre.



Des formations bientraitance sont organisées.

Le Centre Hospitalier de Périgueux tient des statistiques recensant les différents modes de sortie par pavillon.

Si le résident est en fin de vie, les professionnels s'assurent que les informations relatives à la fin de vie ont bien été recueillies. Il n'y a pas de recueil systématique à l'admission.

Les pavillons A, B et C dispose du dépositaire du pavillon Douglas. Les agents vont y chercher les clefs ; il y a transmission orale de l'agent qui prend les clefs. Le protocole est écrit mais il n'est pas, de même que le trajet, communiqué aux nouveaux agents.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">▪ La création d'un poste « IDE des risques et évaluation des fragilités » est un véritable point fort quant à la vigilance et à la sécurité des soins.▪ Une charte de bientraitance a été rédigée.▪ Le Comité d'éthique existe.▪ La motivation et le professionnalisme des personnels inscrits dans une dynamique d'amélioration de la prestation et de la réponse aux attentes du résident.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">▪ Conformément à l'article L.311-7 du CASF, le règlement de fonctionnement doit être affiché.▪ S'appuyer sur des personnes ressources telles que les bénévoles pour favoriser les sorties à l'extérieur des résidents les moins autonomes.▪ Un système de cochage des dossiers, qui ont fait l'objet d'une transmission écrite, sur une liste ou un agenda, est toujours possible et évite que les dossiers ne restent stockés en dehors du meuble fermé à clefs dans lequel ils doivent se trouver.▪ Les mandataires doivent participer davantage à l'élaboration des projets de vie.▪ Réfléchir à une diminution de certaines contentions.▪ Mettre en place la réunion de coordination gériatrique.▪ Intégrer la prescription dans les fonctions des pharmaciens sur la vérification et la recopie des ordonnances.▪ Mettre en place un logiciel soins pour garantir efficacité du travail et confidentialité des données.▪ Formaliser la traçabilité du circuit du médicament.▪ Elargir l'informatisation à l'ensemble du circuit.▪ Réfléchir au moyen de recueillir les informations relatives à la fin de vie à l'admission.▪ Intégrer à la formation des nouveaux agents la procédure et le trajet à emprunter.▪ Mettre en place une fiche de traçabilité relative à la prise des clefs.▪ Mettre en place un horaire aménagé.



CONCLUSION

L'EHPAD Parrot est un établissement appuyé sur un hôpital et a donc la double dimension sociale/médico-sociale et hospitalière. Le Centre Hospitalier de Périgueux est tout d'abord une source d'emplois sur la commune, avec un retour économique sur l'emploi local. Il est également une véritable réponse dans l'accueil des anciens de Périgueux. Mais au-delà de ces simples constats, le Centre Hospitalier de Périgueux a également comme perspective de s'inscrire en tant qu'EHPAD ressources sur le territoire et ainsi de développer certains axes comme l'animation territoriale de la vie sociale des résidents d'EHPAD, la mise en place d'un centre d'évaluation des fragilités de la personne âgée, la mise en place d'un centre ressources d'aide aux aidants et le développement d'une dynamique territoriale médico-sociale.

Cette ambition, largement accessible, doit permettre à l'établissement de s'inscrire dans la continuité du domicile des personnes qu'il accueille et ainsi offrir une prise en charge de qualité, allant au-delà des soins médicaux. Les contraintes liées au bâtiment même, vétuste et qui n'est plus vraiment adapté à la population qu'il accueille, représentent un frein à cette démarche que les équipes devront savoir contourner. Toutefois, l'adaptation constante des professionnels est en œuvre, notamment au regard du comportement du résident, tout en tentant de répondre au mieux à ses besoins et la Cadre de santé de pôle est une véritable personne ressource tant elle est porteuse d'une envie de s'investir et de progresser.

Du point de vue de son organisation, l'EHPAD a une base solide, mais du fait de son inscription dans un ensemble bien plus vaste et qui ne se limite pas à lui, les personnes « relai » doivent être en capacité de s'harmoniser autour d'une politique, une philosophie commune. L'évaluation interne a permis aux équipes de communiquer et il leur faut continuer sur cette lancée en se donnant des temps d'échanges.

Chacun à son niveau est le garant du bon fonctionnement de cette structure et du bien être des résidents. Chacun doit pouvoir se questionner sur l'orientation qu'il souhaite donner à l'établissement et mettre tout en œuvre pour l'y conduire.

Il y a également eu un gros travail d'écriture et de normalisation des procédures, mais l'établissement doit tendre vers une plus que nécessaire informatisation.

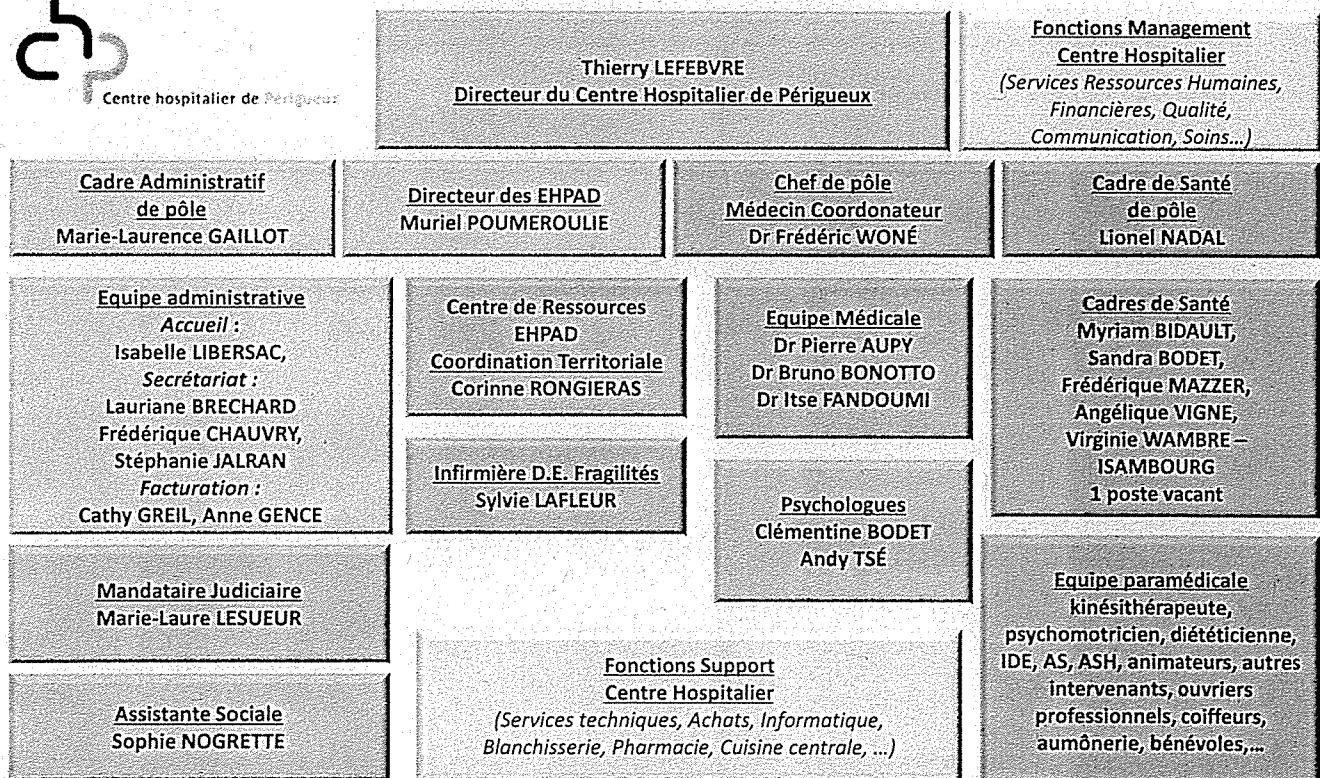
Devenir un EHPAD ressources est à portée de mains, mais il reste difficile d'appréhender chaque structure de façon globale tant la prise en charge est liée aux locaux, différente à chaque endroit en raison des populations accueillies.

L'avenir des EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux réside donc sans aucun doute dans l'unification des différents EHPAD, déclinés en différentes unités, accueillant chacune une population à l'identité et aux besoins de prise en charge bien définis.

ORGANIGRAMME DU PÔLE EHPAD



Centre hospitalier de Périgueux



V 08/2018

Fiche Projet SCHEMA DIRECTEUR MEDICO-SOCIAL DU SITE PARROT

Élaboration et mise en œuvre du schéma directeur

du site historique (Pavillons Acacias, Bouleaux, Cèdres et Douglas)

Référent (personne ou institution) :

Constat du diagnostic

Les bâtiments Acacias, Bouleaux et Cèdres et tout particulièrement Douglas, sont des bâtiments qui ne répondent plus aux normes d'accueil, et souffrent de ce fait d'un déficit d'image tant pour les familles (Taux d'occupation de 96%) que pour les professionnels (défaut d'attractivité). Il convient de formaliser un plan directeur sur l'ensemble de la zone couverte par les EHPAD – USLD, incluant une réhabilitation / restructuration des locaux les plus anciens et une réflexion sur le bâtiment les Érables, ne pouvant être exploité dans le cadre de la sécurité incendie et sur un plan de circulation.

■ Pavillon Les DOUGLAS

- o Nombre total de lits 192 dont 60 chambres doubles de 18m² (63 %) et 72 chambres simples de 18m² (soit 37%)
 - Partie EHPAD BEAUFORT MAGNE – 132 Lits : 48 chambres simples (9 m²) et 42 chambres doubles (18 m²) (36 lits sur le 1er étage et 48 sur les 2ème et 3ème étages)
 - Partie USLD - 60 Lits : 24 chambres simples (9 m²) et 18 chambres doubles (18 m²)
- o Cabinet de toilettes mais pas de salles de bains (pas de douches)
- o Salle à manger trop exiguë (ne peut contenir tous les résidents)
- o Pas de lieu dédié aux activités thérapeutiques ni aux familles (salon privatif)
- o Pas de salle de repos pour le personnel

■ Pavillon Les ACACIAS (PARROT) : 56 lits

- o 56 chambres simples (9 m²)

■ Pavillon Les BOULEAUX (PARROT) : 54 lits

- o 44 chambres simples (9 m²), 4 chambres doubles (18 m²) et 2 chambres simples plus spacieuses aménagées pour fauteuil roulant

■ Pavillon Les CEDRES (PARROT) : 53 lits

- o 43 chambres simples (9 m²), 4 chambres doubles (18 m²) et 2 chambres simples aménagées fauteuil roulant (1 chambre « tampon/travaux »)

■ Caractéristiques communes Pavillons A, B, C :

- o Cabinet de toilettes mais pas de salles de bains (pas de douches)
- o Salle à manger trop exiguë (ne peut contenir tous les résidents)
- o Pas de lieux dédié aux activités thérapeutiques ni aux familles (salon privatif)
- o Pas de salle de repos pour le personnel

NB : Comparaison avec les Félibres :

192 lits en chambres individuelles d'une superficie de 22 m², équipées de salles de bains (douche).

	<i>Le bâtiment est doté d'espaces dédiés aux activités thérapeutiques et d'animation, aux familles (salons privés) et d'une salle de repos pour le personnel par unité.</i>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Élaborer et mettre en œuvre le schéma directeur des EHPAD –USLD du CHP (Hors Pavillon les Félibres) qui s'étalera sur 2 CPOM
Description de l'action	<p>Forts des constats architecturaux des pavillons Acacias, Bouleaux, Cèdres et Douglas, l'action consiste, sur ce CPOM, à élaborer le schéma directeur des EHPAD –USLD du CHP avec étude préalable sur 2019-2020.</p> <p>Les travaux ne débuteront qu'au terme de la réalisation de la tranche 2 du CHP et se porteraient sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La démolition du bâtiment les Érables (actuellement désaffecté) ▪ La réalisation d'un projet immobilier en remplacement du Pavillon Les Douglas pour la partie EHPAD, accueillant aujourd'hui 132 résidents. ▪ Un projet de restructuration consacré ensuite aux Pavillons Acacias, Bouleaux et Cèdres devrait s'étaler sur la fin de ce 1^{er} CPOM et le 2^{ème}. <p>L'USLD occupant le rez-de-chaussée et une partie du 1^{er} étage du Pavillon Les Douglas est un questionnement : plus de 700.000 € restent encore à amortir, sur 22 ans, consécutivement aux travaux réalisés pour sa mise aux normes.</p> <p>Le projet, dans sa globalité, permettra d'offrir des locaux adaptés aux besoins des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suppression des chambres doubles (Douglas) ▪ Chambres avec douches (A,B,C,D) ▪ Locaux collectifs et d'animation ▪ salle d'activités thérapeutiques ▪ Salle polyvalente ouverte sur l'extérieur ▪ Salle d'activités culturelles <p>L'accueil des familles (restauration, hébergement) sera également un des axes du schéma directeur (Appartement famille).</p> <p>Les mobiliers vétustes seront renouvelés.</p> <p>Des locaux et équipements complémentaires nécessaires à une qualité de prise en charge et correspondant aux normes, seront créés en cohérence avec l'évolution de l'offre médico sociale.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction du patrimoine ▪ ARS ▪ Conseil Départemental ▪
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Moyens financiers sur la durée de ce CPOM : 22 602 500 € <ul style="list-style-type: none"> ○ Démolition du pavillon les Érables de l'ordre de 750 000 € ○ Étude préalable : 250 000 € ○ Construction d'un projet immobilier en lieu et place du Pavillon les Douglas soit 132 lieux de vie d'EHPAD sur la base de 95 000 € TTC par résident concerné = <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 540 000 € TTC pour l'EHPAD sur 2-3 ans (2021-2022) ○ Démarrage d'un projet immobilier de 163 lieux de vie d'EHPAD (correspondant aux pavillons Acacias, Bouleaux et Cèdres) à 95 000 € TTC par résident concerné dont la fin sera réalisée en début de 2^{ème} CPOM = <ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 485 000 € TTC pour l'EHPAD sur 2 ans (2023-2024) sur 2 ans soit 7 742 500 € TTC sur le CPOM 2019-2023 et le même montant sur le

	<p align="center">CPOM 2024-2028</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diverses possibilités de financement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Autofinancement ? ○ Emprunt ? ○ Financeurs institutionnels ARS et Conseil Départemental ? ○ Autres financeurs ?
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2019 - 2020 : élaboration du schéma directeur des EHPAD –USLD du CHP (Hors Pavillon les Félibres). Cette étape du projet nécessite un « accompagnement » ou une collaboration étroite avec les organismes institutionnels ■ 2021 – 2022 : démarrage des travaux (2020 : terme des travaux de la tranche 2 du CHP). ■ 2023 – 2024 : Travaux pour restructurer les Pavillons Acacias (56 résidents), Bouleaux (54 résidents) et Cèdres (53 résidents)
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Formalisation du groupe de travail Schéma directeur ■ Livrables de l'étude préalable : pré programme et programme architectural <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre de résidents accueillis au terme du CPOM dans la nouvelle structure immobilière de la tranche 1 du projet.</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Pour le financement : Prix de journée hébergement impacté à hauteur de XX € ? minimum à appliquer sur les nouveaux arrivants</p> <p>Nouvelle(s) structure(s) adaptée(s) à un accompagnement optimal du résident (organisation des soins, ...)</p>

**Fiche de situation
au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux**

<i>Identification de l'entité juridique</i>		
N° FINESS EJ : 24 000 011 7	CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX	
	80 AV GEORGES POMPIDOU	
	BP 9052	
	24019 PERIGUEUX CEDEX	
	Téléphone : 05 53 45 25 25	Télécopie : 05 53 45 25 40
	Email : secretariat.ehpad@ch-perigueux.fr	
Raison sociale complète :	CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX	
Commune INSEE :	24 322 PERIGUEUX	
SIREN : 262 405 806	Statut : 13 Etb.Pub.Commun.Hosp.	Date de fin :

<i>Identification de l'établissement</i>			
N° FINESS ET : 24 000 439 0	EHPAD BEAUFORT - MAGNE CH PERIGUEUX		
	83 AV GEORGES POMPIDOU		
	24000 PERIGUEUX		
	Téléphone : 05 53 45 27 44	Télécopie : 05 53 07 70 70	
	Email : secretariat.ehpad@ch-perigueux.fr		
Raison sociale complète :	EHPAD BEAUFORT - MAGNE CH PERIGUEUX		
Catégorie :	500 EHPAD	Dates :	
Agrégat de catégorie :	4401 Héberg.Pers.Agées	Autorisation :	
Mode de tarif :	44 ARS TP HAS PUI	Caducité :	
Serv public hosp :		Ouverture :	
Commune INSEE :	24 322 PERIGUEUX	Fermeture :	
Établissement de rattachement :		Convention	Date de Convention
N° FINESS :			
Raison sociale :			
SIRET : 262 405 806 00080	N° Education Nationale :		

*Pour tout renseignement vous pouvez
vous adresser au service suivant :*

ARS NOUVELLE-AQUITAINE
 ESPACE RODESSE
 103 B R BELLEVILLE
 CS 91704
 33063 BORDEAUX CEDEX
 Téléphone : 05 57 01 44 00 Télécopie : 05 57 01 44 09

Entité juridique : CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX
N° FINESS : 24 000 011 7
Statut : DORDOGNE
13 Etablissement Public Communal d'Hospitalis PERIGUEUX

Établissement : EHPAD BEAUFORT - MAGNE CH PERIGUEUX
Catégorie : DORDOGNE
500 Etablissement d'hébergement pour personne PERIGUEUX
N° FINESS : 24 000 439 0
N° SIRET : 262 405 806 00080

Discipline : 924 Accueil pour Personnes Âgées
Mode de fonctionnement : 11 Hébergement Complet Internat
Clientèle : 711 Personnes Âgées dépendantes

AUTORISATION

Date de 1ère autorisation : 03/01/2017
Nombre de lits ou places : 324
Dernière décision : 03/01/2017
Age mini : Homme
Age maxi : Femme
Habilités aide sociale : 324

INSTALLATION

Date de constat : 01/01/2012
Nombre de lits ou places : 324
Age mini : dont Homme
Age maxi : Femme
Source de l'information : Autre
Habilités aide sociale : 324

Fiche de situation
au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

<i>Identification de l'entité juridique</i>		
N° FINESS EJ : 24 000 011 7	CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX	
	80 AV GEORGES POMPIDOU	
	BP 9052	
	24019 PERIGUEUX CEDEX	
	Téléphone : 05 53 45 25 25	Télécopie : 05 53 45 25 40
	Email : secretariat.ehpad@ch-perigueux.fr	
Raison sociale complète :	CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX	
Commune INSEE :	24 322 PERIGUEUX	
SIREN : 262 405 806	Statut : 13 Etb.Pub.Commun.Hosp.	Date de fin :

<i>Identification de l'établissement</i>			
N° FINESS ET : 24 000 440 8	EHPAD PARROT CH PERIGUEUX		
	83 AV GEORGES POMPIDOU		
	24000 PERIGUEUX		
	Téléphone : 05 53 45 25 25	Télécopie : 05 53 45 25 40	
	Email : secretariat.ehpad@ch-perigueux.fr		
Raison sociale complète :	EHPAD PARROT CH PERIGUEUX		
Catégorie :	500 EHPAD	Dates :	
Agrégat de catégorie :	4401 Héberg.Pers.Agées	Autorisation :	
Mode de tarif :	44 ARS TP HAS PUI	Caducité :	
Serv public hosp :		Ouverture :	
Commune INSEE :	24 322 PERIGUEUX	Fermeture :	
Établissement de rattachement :		Convention	Date de Convention
N° FINESS :	24 000 439 0		
Raison sociale :			
SIRET : 262 405 806 00064	N° Education Nationale :		

*Pour tout renseignement vous pouvez
vous adresser au service suivant :*

ARS NOUVELLE-AQUITAINE
ESPACE RODESSE
103 B R BELLEVILLE
CS 91704
33063 BORDEAUX CEDEX
Téléphone : 05 57 01 44 00 Télécopie : 05 57 01 44 09

Entité juridique : CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX
N° FINISS : 24 000 011 7
Établissement : EHPAD PARROT CH PERIGUEUX
N° FINISS : 24 000 440 8
N° SIRET : 262 405 806 00064

Statut DORDOGNE
 13 Etablissement Public Communal d'Hospitalis PERIGUEUX
Catégorie DORDOGNE
 500 Etablissement d'hébergement pour personne PERIGUEUX

AUTORISATION

Discipline 924 Accueil pour Personnes Âgées
Mode de fonctionnement 11 Hébergement Complet Internat
Clientèle 711 Personnes Âgées dépendantes

Date de 1ère autorisation 03/01/2017 **Nbre de lits ou places** 163
Dernière décision 03/01/2017
Age mini Homme
Age maxi Femme
 Habilités aide sociale 163

INSTALLATION

Date de constat 01/01/2012 **Nbre de lits ou places** 163
Age mini dont
Age maxi Homme
Source de l'information Femme
 Autre Habilités aide sociale 163

RESULTATS EHPAD E1

H. DE BEAUFORT/N.MAGNE

A - DÉTERMINATION DU RÉSULTAT COMPTABLE

COMPTE DE CHARGES		COMPTE DE PRODUITS	
1 - Total des Charges	13 269 462,76	1 - Total des Produits	13 049 394,48
2 - Excédent comptable		2 - Déficit comptable	220 068,28
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	13 269 462,76	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	13 269 462,76

B - DETERMINATION DU SOLDE A AFFECTER

1 - Total des Charges exercice n	13 269 462,76	1 - Total des Produits exercice n	13 049 394,48
2 - Reprise report à nouveau déficitaire	1 979 403,87	2 - Reprise report à nouveau excédentaire	
3 - TOTAL DES CHARGES CORRIGÉES (1+2)	15 248 866,63	3 - TOTAL DES PRODUITS CORRIGES (1+2)	13 049 394,48
4 - Solde excédentaire		4 - Solde déficitaire	2 199 472,15
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	15 248 866,63	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	15 248 866,63

C - AFFECTATION DU RESULTAT

Au C/10685 : Réserve de trésorerie	
Au C/10682 : Excédents affectées à l'investissement	
Au C/1104 : Report à nouveau excédentaire	2 156 465,03
11041 Section hébergement	
11042 Section dépendance	
11043 Section soins	2 156 465,03
Au C/1194 : Report à nouveau déficitaire	4 355 937,18
11941 Section hébergement	3 429 735,50
11942 Section dépendance	926 201,68
11943 Section soins	

RESULTATS EHPAD E2 - PARROT

A - DÉTERMINATION DU RÉSULTAT COMPTABLE

COMPTE DE CHARGES		COMPTE DE PRODUITS	
1 - Total des Charges	5 200 102,89	1 - Total des Produits	5 233 627,05
2 - Excédent comptable	33 524,16	2 - Déficit comptable	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	5 248 359,98	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	5 233 627,05

B - DETERMINATION DU SOLDE A AFFECTER

1 - Total des Charges exercice n	5 200 102,89	1 - Total des Produits exercice n	5 233 627,05
2 - Reprise report à nouveau déficitaire		2 - Reprise report à nouveau excédentaire	755 792,69
3 - TOTAL DES CHARGES CORRIGÉES (1+2)	5 200 102,89	3 - TOTAL DES PRODUITS CORRIGES (1+2)	5 989 419,74
4 - Solde excédentaire	789 316,85	4 - Solde déficitaire	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	5 989 419,74	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	5 989 419,74

C - AFFECTATION DU RESULTAT

Au C/10685 : Réserve de trésorerie	
Au C/10682 : Excédents affectés à l'investissement	
Au C/1104 : Report à nouveau excédentaire	1 366 300,60
11041 Section hébergement	1 366 300,60
11042 Section dépendance	
11043 Section soins	
Au C/1194 : Report à nouveau déficitaire	576 983,75
11941 Section hébergement	
11942 Section dépendance	107 763,68
11943 Section soins	469 220,07

RESULTATS EHPAD E1 H. DE BEAUFORT/N.MAGNE

A - DÉTERMINATION DU RÉSULTAT COMPTABLE

COMPTE DE CHARGES		COMPTE DE PRODUITS	
1 - Total des Charges	13 503 949,45	1 - Total des Produits	13 734 891,11
2 - Excédent comptable	230 941,66	2 - Déficit comptable	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	13 734 891,11	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	13 734 891,11

B - DETERMINATION DU SOLDE A AFFECTER

1 - Total des Charges exercice n	13 503 949,45	1 - Total des Produits exercice n	13 734 891,11
2 - Reprise report à nouveau déficitaire	2 199 472,15	2 - Reprise report à nouveau excédentaire	
3 - TOTAL DES CHARGES CORRIGÉES (1+2)	15 703 421,60	3 - TOTAL DES PRODUITS CORRIGES (1+2)	13 734 891,11
4 - Solde excédentaire		4 - Solde déficitaire	1 968 530,49
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	15 703 421,60	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	15 703 421,60

C - AFFECTATION DU RESULTAT

Au C/10685 : Réserve de trésorerie	
Au C/10682 : Excédents affectées à l'investissement	
Au C/1104 : Report à nouveau excédentaire	2 738 634,86
11041 Section hébergement	
11042 Section dépendance	
11043 Section soins	2 738 634,86
Au C/1194 : Report à nouveau déficitaire	4 707 165,35
11941 Section hébergement	3 579 682,91
11942 Section dépendance	1 127 482,44
11943 Section soins	

RESULTATS EHPAD E2 - PARROT

A - DÉTERMINATION DU RÉSULTAT COMPTABLE

COMPTE DE CHARGES		COMPTE DE PRODUITS	
1 - Total des Charges	5 336 164,66	1 - Total des Produits	5 355 484,99
2 - Excédent comptable	19 320,33	2 - Déficit comptable	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	5 355 484,99	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	5 355 484,99

B - DETERMINATION DU SOLDE A AFFECTER

1 - Total des Charges exercice n	5 336 164,66	1 - Total des Produits exercice n	5 355 484,99
2 - Reprise report à nouveau déficitaire		2 - Reprise report à nouveau excédentaire	789 316,85
3 - TOTAL DES CHARGES CORRIGÉES (1+2)	5 336 164,66	3 - TOTAL DES PRODUITS CORRIGÉS (1+2)	6 144 801,84
4 - Solde excédentaire	808 637,18	4 - Solde déficitaire	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	6 144 801,84	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	6 144 801,84

C - AFFECTATION DU RESULTAT

Au C/10685 : Réserve de trésorerie	
Au C/10682 : Excédents affectés à l'investissement	
Au C/1104 : Report à nouveau excédentaire	1 796 774,73
11041 Section hébergement	1 796 774,73
11042 Section dépendance	
11043 Section soins	
Au C/1194 : Report à nouveau déficitaire	988 137,55
11941 Section hébergement	
11942 Section dépendance	210 360,86
11943 Section soins	777 776,69

RESULTATS EHPAD E1

H. DE BEAUFORT/N.MAGNE

A - DÉTERMINATION DU RÉSULTAT COMPTABLE

COMPTE DE CHARGES		COMPTE DE PRODUITS	
1 - Total des Charges	13 503 949,45	1 - Total des Produits	13 734 891,11
2 - Excédent comptable	230 941,66	2 - Déficit comptable	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	13 734 891,11	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	13 734 891,11

B - DETERMINATION DU SOLDE A AFFECTER

1 - Total des Charges exercice n	13 503 949,45	1 - Total des Produits exercice n	13 734 891,11
2 - Reprise report à nouveau déficitaire	2 199 472,15	2 - Reprise report à nouveau excédentaire	
3 - TOTAL DES CHARGES CORRIGÉES (1+2)	15 703 421,60	3 - TOTAL DES PRODUITS CORRIGES (1+2)	13 734 891,11
4 - Solde excédentaire		4 - Solde déficitaire	1 968 530,49
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	15 703 421,60	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	15 703 421,60

C - AFFECTATION DU RESULTAT

Au C/10685 : Réserve de trésorerie	
Au C/10682 : Excédents affectées à l'investissement	
Au C/1104 : Report à nouveau excédentaire	2 738 634,86
11041 Section hébergement	
11042 Section dépendance	
11043 Section soins	2 738 634,86
Au C/1194 : Report à nouveau déficitaire	4 707 165,35
11941 Section hébergement	3 579 682,91
11942 Section dépendance	1 127 482,44
11943 Section soins	

RESULTATS EHPAD E2 - PARROT

A - DÉTERMINATION DU RÉSULTAT COMPTABLE

COMPTE DE CHARGES		COMPTE DE PRODUITS	
1 - Total des Charges	5 336 164,66	1 - Total des Produits	5 355 484,99
2 - Excédent comptable	19 320,33	2 - Déficit comptable	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	5 355 484,99	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	5 355 484,99

B - DETERMINATION DU SOLDE A AFFECTER

1 - Total des Charges exercice n	5 336 164,66	1 - Total des Produits exercice n	5 355 484,99
2 - Reprise report à nouveau déficitaire		2 - Reprise report à nouveau excédentaire	789 316,85
3 - TOTAL DES CHARGES CORRIGÉES (1+2)	5 336 164,66	3 - TOTAL DES PRODUITS CORRIGES (1+2)	6 144 801,84
4 - Solde excédentaire	808 637,18	4 - Solde déficitaire	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	6 144 801,84	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	6 144 801,84

C - AFFECTATION DU RESULTAT

Au C/10685 : Réserve de trésorerie	
Au C/10682 : Excédents affectées à l'investissement	
Au C/1104 : Report à nouveau excédentaire	1 796 774,73
11041 Section hébergement	1 796 774,73
11042 Section dépendance	
11043 Section soins	
Au C/1194 : Report à nouveau déficitaire	988 137,55
11941 Section hébergement	
11942 Section dépendance	210 360,86
11943 Section soins	777 776,69

RESULTATS EHPAD E1

H. DE BEAUFORT/N.MAGNE

A - DÉTERMINATION DU RÉSULTAT COMPTABLE

COMPTE DE CHARGES		COMPTE DE PRODUITS	
1 - Total des Charges	13 537 267,00	1 - Total des Produits	13 697 339,55
2 - Excédent comptable	160 072,55	2 - Déficit comptable	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	13 697 339,55	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	13 697 339,55

B - DETERMINATION DU SOLDE A AFFECTER

1 - Total des Charges exercice n	13 537 267,00	1 - Total des Produits exercice n	13 697 339,55
2 - Reprise report à nouveau déficitaire	1 968 530,49	2 - Reprise report à nouveau excédentaire	
3 - TOTAL DES CHARGES CORRIGÉES (1+2)	15 505 797,49	3 - TOTAL DES PRODUITS CORRIGES (1+2)	13 697 339,55
4 - Solde excédentaire		4 - Solde déficitaire	1 808 457,94
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	15 505 797,49	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	15 505 797,49

C - AFFECTATION DU RESULTAT

Au C/10685 : Réserve de trésorerie	
Au C/10682 : Excédents affectées à l'investissement	
Au C/1104 : Report à nouveau excédentaire	3 001 721,61
11041 Section hébergement	
11042 Section dépendance	
11043 Section soins	3 001 721,61
Au C/1194 : Report à nouveau déficitaire	4 810 179,55
11941 Section hébergement	3 605 931,86
11942 Section dépendance	1 204 247,69
11943 Section soins	

RESULTATS EHPAD E2 - PARROT

A - DÉTERMINATION DU RÉSULTAT COMPTABLE

COMPTE DE CHARGES		COMPTE DE PRODUITS	
1 - Total des Charges	5 463 263,71	1 - Total des Produits	5 627 113,02
2 - Excédent comptable	163 849,31	2 - Déficit comptable	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	5 627 113,02	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (1 + 2)	5 627 113,02

B - DETERMINATION DU SOLDE A AFFECTER

1 - Total des Charges exercice n	5 463 263,71	1 - Total des Produits exercice n	5 627 113,02
2 - Reprise report à nouveau déficitaire		2 - Reprise report à nouveau excédentaire	484 435,64
3 - TOTAL DES CHARGES CORRIGÉES (1+2)	5 463 263,71	3 - TOTAL DES PRODUITS CORRIGES (1+2)	6 111 548,66
4 - Solde excédentaire	648 284,95	4 - Solde déficitaire	
TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	6 111 548,66	TOTAUX ÉQUILIBRÉS (3+4)	6 111 548,66

C - AFFECTATION DU RESULTAT

Au C/10685 : Réserve de trésorerie	
Au C/10682 : Excédents affectés à l'investissement	
Au C/1104 : Report à nouveau excédentaire	2 058 477,35
11041 Section hébergement	2 058 477,35
11042 Section dépendance	
11043 Section soins	
Au C/1194 : Report à nouveau déficitaire	1 410 192,40
11941 Section hébergement	
11942 Section dépendance	357 453,71
11943 Section soins	1 052 738,69

Déposée au contrôle de légalité et publiée le 21 DEC. 2018



Résidence Le Périgord –

EHPAD de MONPAZIER



**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE
MOYENS 2019-2023**

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

RÉSIDENCE LE PÉRIGORD - EHPAD de MONPAZIER

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	5
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	5
2) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	6
3) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	6
3.1. Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	6
3.2. Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM	9
3.3. Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence	10
3.4. Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	11
3.5. Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	11
3.4. Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 12	
3.5. Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	13
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT.....	13
4. Le suivi et l'évaluation du contrat	13
5. Le traitement des litiges.....	14
6. La révision du contrat.....	15
7. La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	15
8. La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	15
9. Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD	15
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	16

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le CPOM :

Le Département 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,

Résidence Le Périgord – EHPAD de MONPAZIER (établissement public autonome), représentée par Madame FEUILLET Patricia, Directeur, 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.

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 2018-2028

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 n° 2018-28 du Conseil d'administration de l'organisme gestionnaire de l'établissement public RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER en date du 19 novembre 2018, 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 3 septembre 2018 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 La Résidence Le Périgord - EHPAD de MONPAZIER 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 La Résidence Le Périgord - EHPAD de MONPAZIER 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 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

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 :
24 000 08 93
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : **Public autonome**
 - Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire : **-**
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : **EHPAD**
 - Désignation le cas échéant de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune :
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER

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

La RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER (FINESS ET 240002261) dispose de 84 lits d'hébergement permanent et de 5 lits d'hébergement temporaire (financés par l'ARS depuis 2018).

- 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 est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil général n°060556 en date du 11 Avril 2006 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (soit 84 lits).

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

La Résidence Le Périgord – EHPAD de MONPAZIER adhère au GCSMS Sud-Dordogne.

2) 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.

3) 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.

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 La Résidence Le PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER, entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le CPOM s'inscrit dans la mise en œuvre de la réforme tarifaire, applicable depuis le 1er janvier 2017 pour les EHPAD et PUV tarifées au GMPS.

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressource par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis. Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires peuvent être mis en place pour financer :

- D'une part, les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés...)
- Accompagner, d'autre part, les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge de 7 ans (2017-2023) durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

Il ne peut être dérogé à ce rythme de convergence dans le cadre du CPOM.

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

3.1.1. - Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R. 314-159 du CASF)

Le forfait global relatif aux soins de l'EHPAD Résidence du Périgord relève du tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur (PUI).

Le forfait global relatif aux soins 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.

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 ...).

Dans ce cadre, lors de nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Les valeurs GMPS de l'EHPAD Résidence du Périgord ont été actualisées en novembre 2017. Le GMP, validé le 30/11/17, s'établit à 799 tandis que le PMP, validé le 28/11/17, s'établit à 242. Il en résulte une dotation (hors PASA) reconductible cible estimée à 1 218 015 € au 01/01/19, soit une convergence positive de 120 087,52 € sur 5 ans, à compter de 2019. Pour rappel, toute évolution réglementaire modifiant les objectifs et les moyens du CPOM peut donner lieu à la révision du contrat par voie d'avenant.

Le montant du forfait global de soins peut être modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon les modalités prévues par l'article R 314-160 du CASF.

Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (R314-161 CASF).

La mise en œuvre de ces modalités sera précisée, le cas échéant, dans le Rapport d'Orientation Budgétaire.

La DGC propre aux établissements et services, financés 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) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

3.1.2. - Une DGC propre aux établissements et services, financés par le Département composée du forfait global relatif à la dépendance (R. 314-172 du CASF)

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.

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.

3.1.3 – La tarification de l'hébergement

Le Tarif Hébergement est fixé pour 5 ans dans le présent contrat dans les conditions des articles R314-179 et suivants du CASF. Il est calculé en divisant le montant des charges nettes d'exploitation afférentes à l'hébergement par la moyenne, sur les trois années qui précèdent l'exercice, du nombre effectif de journées de personnes accueillies dans l'établissement, sauf si l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans ou en cas de circonstances particulières.

Ainsi, pour l'EHPAD de MONPAZIER, la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat, soit **1.906.298,67€** pour la section hébergement.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul.

	Hébergement
Groupe 1	397.700,00 €
Groupe 2	909.954,20 €
Groupe 3	598.644,47 €
Total dépenses (charges financières-Charges amortissements).	1.906.298,67 €
- Recettes en atténuation	149.288,98 €
⇒ Dont recettes du CIAS (sous réserve que le CIAS perdure)	35.000,00 €
⇒ Dont réintégration de la subvention (selon tableau d'amortissement)	99.615,00 €
⇒ Dont ICNE (les ICNE qui apparaissent jusqu'à maintenant en recettes et en dépenses n'apparaissent plus qu'en dépenses. Les ICNE comptabiliser auparavant en recettes viennent, désormais, en déduction des charges d'intérêt)	14.673,98 €
- crédits non reconductibles	
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	
= Dotation globalisée initiale	1.757.009,69 €

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

3.1.4 – dispositions communes aux financeurs

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles.

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

L'EHPAD de MONPAZIER peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R314-227 et 228 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.

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond (Art R314-40 CASF).

En conséquence, le montant de la dotation reconductible à prendre en compte, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

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

3.2. Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

Les dotations globalisées communes des établissements et services financés respectivement par :

- L'Assurance Maladie, d'une part,
- Le Département, d'autre part,

sont arrêtées respectivement en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

Chaque DGC octroyée à l'EHPAD de MONPAZIER 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 chaque autorité de tarification, l'EHPAD de MONPAZIER transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement

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.

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

- Versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF,
- Actualisée dans les conditions prévues à l'article 3.1 du présent contrat.

3.3. Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 01/01/2019 se répartit comme suit :

La dotation globalisée « de référence » correspond aux moyens reductibles disponibles l'année de signature du CPOM. (Avant actualisation, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reductible dotations soins au 01/01/2019 (en €)	<i>Dont forfait global de soins HP</i>	<i>Dont financement complémentaire PASA</i>	<i>Dont financement complémentaire HT</i>
24 000 226 1	RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD DE MONPAZIER	1.203.138,92 €	1.082.858,32 €	67.280,60 €	53.000 €
TOTAL GENERAL		1.203.138,92 €	1.082.858,32 €	120.280,60 €	

➤ La DGC des établissements et services financés par le Département se répartit comme suit :

Finess	Etablissements	Base reductible dotations dépendance au 01/01/2019 (en €)	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
24 000 226 1	RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD DE MONPAZIER	464.592,37 €	464.592,37 €	

➤ Conformément à l'article L. 313-14-2 du CASF, l'ARS et le Conseil départemental pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

1. Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
2. Des recettes non comptabilisées.

Cette récupération viendra en déduction de la tarification de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant d'un financement Assurance-Maladie :

Pour les CPOM signés en 2018 : le résultat antérieur N-2 a été arrêté par l'ARS et sera affecté au regard de l'application des articles R 314-51 et R314-104 du CASF [hors ESMS rattachés à un Etablissement de santé public]

S'agissant des CPOM signés à compter de 2019, les autorités de tarification pourront s'opposer à la proposition d'affectation des résultats antérieurs N-1 et N-2 prévue par l'organisme gestionnaire, en application de l'article R314-234 du CASF sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant de la section hébergement, l'étude sera faite à l'occasion de la décision tarifaire N+2.

3.4. Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit

La CPAM de la Dordogne est désignée comme caisse pivot.

L'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime.

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désigné supra.

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

Le principe retenu est celui d'une affectation des résultats par le gestionnaire conformément :

- Aux modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF)
- Aux dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

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. Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

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.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD.

Pour les établissements publics, cette dérogation n'est pas nécessaire car il existe déjà un bilan unique au niveau de l'entité juridique.

Une exception aux règles d'affectation des résultats concerne les EHPAD relevant du L 342-1 CASF : les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendances ne peuvent être affectés en réserve d'investissement, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissement (R. 314-234 et R. 314-244 du CASF).

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 et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat 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. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

Priorités ARS / Conseil départemental

Ainsi il est convenu que les résultats excédentaires soient affectés au regard des trois volets suivants mais prioritairement :

- A la couverture des déficits antérieurs,
- Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal :
 - à 10 % de la dotation globalisée « soins + dépendance » reconductible du CPOM,
- Enfin sur les 3 volets suivants (le cas échéant) :

↳ 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 en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation -...)

↳ Volet Ressources humaines

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

3.6. 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.

L'EPRD comprend un PGFP définissant notamment les orientations pluriannuelles de financement des établissements et services concernés.

Le PGFP n'a pas vocation à être approuvé en tant que tel. Les PPI restent en revanche approuvés structure par structure ou globalement au niveau de l'EHPAD de MONPAZIER en vertu des dispositions de l'article R. 314-20 du CASF.

3.7. 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

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

- Documents à produire :

Dans le cadre du dialogue de gestion, la personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu aux articles L. 314-7-1 et L. 313-12 pour les établissements relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

- ❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, 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) et au plus tard le 30 juin de l'exercice pour transmettre :

↳ un Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (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)

- ❖ L'EHPAD de MONPAZIER dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :
 - un Etat Réalisé des Recettes et Dépenses (ERRD) conforme à l'article R314-232 du CASF,
 - une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. 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.
- 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.

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.

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.

7. 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 (aux) la convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) de (des) EHPAD suivants signataires.

8. LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2019, pour une durée de 5 ans.

9. 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 à Périgueux, le

Le Directeur de la Délégation
Départementale de la Dordogne
Par intérim

Le représentant de
l'établissement
Madame FEUILLET Patricia,
Directeur de
La Résidence Le Périgord –
EHPAD de MONPAZIER

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

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 : La synthèse du diagnostic partagé

Cette annexe explique les modalités de réalisation du diagnostic partagé (documents consultés, participation des personnels...) et ses principaux enseignements. Elle permet d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Elle sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM.

Cette synthèse doit aussi permettre d'apprécier la conformité des établissements et services du CPOM aux normes en vigueur et notamment celles relatives aux établissements recevant du public (type U ou J). Elle s'appuie notamment sur le dernier procès-verbal de la commission de sécurité et d'accessibilité, obligatoirement transmis.

○ ANNEXE 2 : Les fiches actions (cf. modèle infra)

○ ANNEXE 3 : 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).

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

○ ANNEXE 4 : 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 5 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

ANNEXES

o ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé

RESIDENCE LE PERHOORD - EHPAD de MONPAZIER



ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2019-2023 - Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) Personnes âgées (PA)

SYNTHESE DU DIAGNOSTIC

Dans le cadre de la continuité des soins, l'établissement a signé des conventions, d'une part avec l'EMASP du Centre Hospitalier de Bergerac pour aider les équipes dans la prise en soins des personnes en fin de vie et d'autre part avec le service d'HAD du Centre de Santé du Buisson de Cadouin, pour des soins techniques nécessitant du temps (pansement complexe...).

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

OBJECTIFS OPERATIONNELS

INDICATEURS

PARCOURS DE SOINS :

Structuration de la continuité du parcours entre le domicile/l'ehpad/SSIAD

Structuration de la continuité des soins pour les résidents de l'ehpad visant à éviter le recours à des hospitalisations lointaines sur BERGERAC, VILLENEUVE, SARLAT... voire éviter les urgences. Cette action pourrait être menée dans le cadre du GCSMS.

Structuration de la continuité des soins pour les futurs résidents issus des F.A.M.

**AXE 1
PARCOURS
et
COORDINATION**

ACCES AUX SOINS DE TOUS et à PROXIMITÉ

EN RENFORCANT LE ROLE DU GCSMS tant en termes de territoire tout en conservant une cohérence de proximité, qu'en termes d'actions menées

> Convention avec la MAIA de Bergerac (en prévision de l'extinction prochaine du réseau gérontologique du Pays de Bessède)
> Nombre d'admissions issues de via trajectoire

> Convention avec le Centre Hospitalier de BELVES (incluant des ressources IDE/Médecin)
> Existence d'une organisation formalisée
> Nombre de prescription d'H.A.D.

> Conventions avec les partenaires nécessaires dans le cadre de l'accueil de futurs résidents issus de F.A.M. (notamment les Papillons Blancs)

> Conventions de partenariat avec les établissements concernés
> Dépôt d'appels à projet communs permettant l'accès aux soins de tous (télé-médecine)
> CR de réunions

SYNTHESE DU DIAGNOSTIC

L'établissement fait partie du GCSMS intitulé "SUD DORDOGNE" et dispose de 84 lits d'hébergement permanent et de 5 lits d'hébergement temporaire. L'établissement a un PASA de 14 places labellisé et d'une salle SNOEZELEN.

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

**AXE 2
REPOSITIONNEMENT
DE L'OFFRE
ET INNOVATION**

OBJECTIFS OPERATIONNELS

ANTICIPER EN AMONT LES DEPARTS ET MOUVEMENT POTENTIELS DES DIRECTEURS SUR LE BASSIN DE PROXIMITE GEOGRAPHIQUE MONPAZIER/BEAUMONT/LAUNDE/CADOUIN

CONTRIBUTION A LA POLITIQUE D'OFFRE DE SERVICES A LA POPULATION OU AUX AUTRES STRUCTURES

INDICATEURS

Restructuration progressive de la fonction "direction" sur les 4 ehpad vers une direction commune de territoire permettant de dégager des moyens pour des fonctions transversales

- > Qualité/gestion des risques
- > Achats/Marchés Publics

et mutualisation entre les structures du GCSMS avec modalités de participation financière

- > Convention pour un lit de répit pour les résidents du FAM "les Papillons Blancs"
- > Convention pour un lit de répit avec la Résidence Autonomie de MONPAZIER
- > Convention de mise à disposition de la salle SNOEZELEN à d'autres structures

<p>SYNTHESE DU DIAGNOSTIC</p> <p>L'établissement inscrit chaque année à son plan de formations, des formations sur les préventions telles que la douleur, la dénutrition... Le médecin coordonnateur et l'IDEC suivent des formations organisées par l'OMEDIT. L'établissement a signé une convention avec l'officine de ville dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament. L'établissement a signé une convention avec l'UHR de la Madeleine dans le cadre d'une prise en charge plus sécurisée. L'établissement a un accès aux consultations du centre hospitalier de Bergerac si nécessaire dans tous les cas la douleur est prise en compte au quotidien lors des transmissions. L'établissement est sécurisé, possède un système d'anti-sortie à l'insu de l'établissement avec des capsules que l'on se fissent dans les semelles des chaussures des personnes hébergées à risques. beaucoup de portes ont équipées de digicodes le portail est en ouverture et fermeture automatique. L'établissement est équipé d'un système de vidéo protection. le parc est clos.</p>	
<p>ORIENTATIONS STRATEGIQUES</p> <p>AXE 3 PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS</p>	<p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> <p>MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE DE BON USAGE DU MEDICAMENT ET DE PREVENTION DE LA IATROGENIE</p> <p>AMELIORATION DE LA PREVENTION DU DEPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION</p> <p>PREVENIR LES DEFICIENCES AUDITIVES ET VISUELLES</p> <p>PREVENIR LES TROUBLES COGNITIFS ET DEMENTIELS, PREVENTION DE LA DEPRESSION</p> <p>AMELIORER LA COUVERTURE VACCINALE DES PERSONNES AGEES (grippe, pneumocoque) ET DU PERSONNEL POUR LA GRIPPE</p> <p>METTRE EN PLACE UNE PREVENTION ET DES SOINS BUCCO-DENTAIRES</p> <p>AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR</p> <p>AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE</p> <p>PREVENIR L'INCONTINENCE ET LES CHUTES</p>
	<p>INDICATEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> > Informatisation du circuit du médicament (prescription, dispensation dont l'analyse pharmacocutique des prescriptions, administration, surveillance/vigilance post-administration) > Procédure de dispensation et de distribution des médicaments > Procédure sur la déclaration et l'analyse des causes des erreurs médicamenteuses > Mise en place des actions de coulant de l'auto-diagnostic interdit > Elaboration d'un livret thérapeutique avec fiches pratiques (dont médicaments potentiellement inappropriés) dans le cadre du circuit sécurisé du médicament > Existence d'un protocole de repérage des troubles de la dénutrition > Taux de résidents bénéficiant d'une pesée mensuelle > Taux de résidents bénéficiant d'une pesée à l'admission > Existence d'un protocole relatif à l'enrichissement de l'alimentation > Nombre de personnels formés > Nombre de diagnostics dénutrition > Nombre de bilans auditifs et visuels réalisés à l'entrée > Nombre de suivis des bilans réalisés > Nombre de personnels formés aux déficiences visuelles et auditives par le Centre Alilhaud Castalet (Boulazac) > Traçabilité de l'appel aux ressources GCSMS (art-thérapeute, psychologues, IDE formée à l'hypnose, sophrologues...) > Nombre d'agents formés à la compréhension des troubles psycho-comportementaux > Nombre de fois d'utilisation de la salle SNOEZELEN pour les personnes hébergées de l'ehpad > Pourcentage des personnes vaccinées > Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission > Taux de résidents ayant un dentier marqué > Taux de résidents bénéficiant d'une toilette bucco-dentaire hebdomadaire (soin validé dans le dossier informatisé de la personne hébergée). > Signature d'une convention avec un professionnel et/ou l'université pour des interventions en ehpad OU création d'un bus ehpad - dent dans le cadre du GCSMS. > Nombre de personnes formées au dépistage et à l'évaluation de la douleur > Existence d'une procédure de prescription, a priori, relative à la douleur et intégrée dans chaque dossier permettant aux soignants une consultation 24/24 > Existence de demande de subvention dans le cadre du programme de prévention santé, pour permettre l'intervention de professionnels de santé comme un ostéopathe, un kinésithérapeute... > Taux de recueil des directives anticipées (nbre de personnes hébergées ayant rédigé des directives anticipées / nombre total de personnes hébergées) > Nombre de résidents décédés à l'ehpad et hors ehpad > Existence de demande de subvention dans le cadre du programme de prévention santé, pour permettre l'intervention de professionnels de santé comme un ostéopathe, un kinésithérapeute...

SYNTHESE DU DIAGNOSTIC

La personne hébergée a une participation active dans l'élaboration de son projet personnalisé. Chaque personne hébergée a un soignant référent. L'établissement a une psychologue, un animateur et un art-thérapeute (financé dans le cadre du FIR). L'établissement peut bénéficier (si décision du Juge) du Mandataire judiciaire du GCSMS (mutualisation).

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS
<p>AXE 4 PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT</p>	<p>DEVELOPPER L'OUVERTURE DE L'EHPAD SUR SON ENVIRONNEMENT EN MATIERE DE VIE SOCIALE, CULTURELLE ET SPORTIVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Nombre de personnes hébergées emmenées au marché ou à toute animation extérieure > Convention avec la Croix Rouge leur mettant à disposition un espace pour la vente de vêtements (permettant aux résidents d'aider aux permanences et bénéficiant de vêtements à prix avantageux) > Nombre de formations accueillies au sein de l'ehpad > Nombre d'animations proposées au club du 3ème âge local, résidents de la RPA, le Bercail, le FAM
	<p>DEVELOPPER LA RELATION AVEC LES FAMILLES</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Nombre de réunions "rencontres et partages" (réunions moins formelles que le CVS) visant à ce que les personnes hébergées soient force de propositions. > Outils de communication externe (redynamisation de la bulletin d'informations aux familles, affichage).
	<p>POURSUIVRE LA CULTURE DE BIEN-ETRE AU PROFIT DES PERSONNES HEBERGEES</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Nombre de "parlons-en" annuels et compte-rendus systématiques > Nombre d'analyses de pratiques professionnelles ponctuelles aléatoires par l'IDEC. > Actualisation de la charte des valeurs par fonction et signature par chaque membre du personnel > Existence d'un comité d'éthique intra GCSMS > Nombre de contrôle aléatoire sur l'hygiène des chambres > Existence d'une enquête de satisfaction/an sur la qualité de la restauration et de l'entretien du linge > Existence d'une enquête de satisfaction/an sur la qualité des soins > Nombre de commission des menus par an et compte-rendu > Nombre de commission d'animation par an et compte-rendu
	<p>AMELIORER LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE DE LA PERSONNE HEBERGEE</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Taux de projets personnalisés réévalués sur une année > Existence d'une procédure de réévaluation du projet personnalisé > Nombre de familles/tuteurs associés au projet personnalisé
	<p>AMELIORER LE SUIVI DES RECLAMATIONS PERMETTANT DE RENDRE EFFECTIVE L'EXPRESSION DES DROITS INDIVIDUELS</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Nombre de réclamations > Nombre de réponses apportées (tableau de synthèse Plaintes/réponse apportée/par qui/quand) > Existence d'un tableau de suivi des demandes du C.V.S.

SYNTHESE DU DIAGNOSTIC

L'établissement est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Des évaluations régulières sont menées (Maîtrise du risque infectieux, interdiag, cartographie des risques, DUERP, enquêtes de satisfaction, audits, recueil des événements indésirables). Des plans d'actions associés sont réalisés et intégrés au plan d'amélioration continue de la qualité et ils sont présentés chaque année au COS (Comité de Suivi) et intégrés également au rapport d'activité de l'établissement. L'établissement est en cours de réalisation de sa nouvelle évaluation interne. L'établissement a mis en place un gestion documentaire structurée.

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

OBJECTIFS OPERATIONNELS

POURSUIVRE LE PLAN D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE SECURISATION

ACCROISSEMENT DES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS (formation continue) ET DE L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS

POURSUIVRE LA POLITIQUE DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

EVALUATION DES PARTENARIATS

POURSUIVRE L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS

DEVELOPPER UNE ACTION EFFICIENTE EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES

DEVELOPPEMENT DE LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

AMELIORER LE SYSTEME D'INFORMATION

INDICATEURS

- > Actualisation de la cartographie des risques et comité de suivi annuel des actions à mettre en œuvre
- > Existence d'un document synthétique regroupant tous les plans d'actions du PE, EJ, EE, divers diagnostics...
- > Existence d'une étude de faisabilité sur la possibilité de programmer une ouverture électrique commune des volets des chambres
- (sauf souhait particulier inscrit dans le PAP), ce qui permettrait en cas de danger avec nécessité de confinement de tout fermer en même temps. Réalisation du projet si possible
- > Recrutement d'un responsable qualité interne si le projet de direction commune des 4 ehpad aboutit et mutualisation entre les structures du GCSMS avec modalités de participation financière
- > Existence d'un tableau des effectifs commun au GCSMS permettant d'anticiper les départs, favoriser les mutations inter-établissements, davantage de promotions (accès à des grades impossibles dans un ehpad seul, mais accessible dans le cadre d'un comptage global GCSMS)
- > Existence d'un plan de formation pluri-annuel intra GCSMS en adéquation avec les souhaits des personnels, les projets d'établissements et les axes souhaités par les pouvoirs publics
- > Nombre d'agents formés chaque année au signalement d'événements indésirables
- > Existence d'une procédure de gestion des événements indésirables régulièrement actualisée
- > Nombre d'événements indésirables déclarés par an et bilans des retours / actions correctives menées
- > Existence d'une procédure d'évaluation des conventions indiquant les critères d'évaluation et leur fréquence
- > Existence d'un DUERP renouvelé en 2019
- > Existence d'un formateur et d'un animateur PRAP
- > Existence d'une analyse des conditions de travail par secteur d'activité sur 5 ans en lien avec la médecine du travail et bilan des actions correctives apportées (et apport au DUERP)
- > Taux d'absentéisme par "cause"
- > Existence d'actions menées pour favoriser le bien-être (plannings, pause, coupures, attentions particulières...)
- > Taux de vétusté
- > Taux d'endettement
- > BFR apport ou prélèvement
- > Recrutement d'un responsable achat interne si le projet de direction commune des 4 ehpad aboutit et mutualisation entre les structures du GCSMS avec modalités de participation financière
- > Existence d'une charte informatique
- > Nombre d'agents formés à l'utilisation des différents logiciels
- > Existence d'une procédure d'accès au dossier par les professionnels habilités

AXE 5

**PERFORMANCE ET
MANAGEMENT DE LA
QUALITE**

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION

Fiche Action N°1	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	L'établissement adhère au réseau gérontologique du Pays de Bessède, celui-ci doit cesser son activité au 31.12.2018 de ce fait l'établissement doit adhérer à un nouveau réseau de proximité.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Structuration de la continuité du parcours entre le domicile/l'EHPAD/SSIAD
Description de l'action	S'inscrire dans une dynamique de parcours sur le territoire du Grand-Bergeracois
Identification des acteurs à mobiliser	MAIA de BERGERAC (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer)
Moyens nécessaires	Signature d'une convention
Calendrier prévisionnel	2 ^{ème} semestre 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Convention signée.</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de personnes adressées par les services de la MAIA (Hébergement temporaire).</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'objectif premier de la MAIA étant de faciliter le maintien à domicile, la collaboration portera essentiellement sur la communication entre la MAIA et l'établissement et ce dans le cadre de l'offre de répit proposée par l'établissement via son hébergement temporaire.

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION

Fiche Action N°2	
<i>RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER</i>	
Constat du diagnostic	L'établissement a signé des conventions avec l'EMASP de Bergerac et l'HAD du Buisson de Cadouin pour bénéficier de compétences externes. Afin d'améliorer le parcours de soins des personnes hébergées, certaines compétences proches peuvent également être sollicitées dans le cadre d'une convention.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Structuration de la continuité des soins pour les personnes hébergées de l'établissement visant à limiter le recours aux hospitalisations lointaines sur BERGERAC, VILLENEUVE SUR LOT, SARLAT... voire d'éviter le passage aux urgences.
Description de l'action	Proposer au centre hospitalier de Belvès un partenariat permettant d'accéder à des ressources dont l'EHPAD ne dispose pas et ce, de jour comme de nuit (IDE/médecin).
Identification des acteurs à mobiliser	Centre Hospitalier de Belvès
Moyens nécessaires	Signature d'une convention
Calendrier prévisionnel	1 ^{er} semestre 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p style="padding-left: 40px;">Convention de partenariat avec l'hôpital de Belvès signée.</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p style="padding-left: 40px;">Diminution des transferts des résidents vers les urgences (Nombre de résidents partis aux urgences, en 2017 : 27 – en 2018 (pour l'heure) : 16</p> <p style="padding-left: 40px;">Nombre de résidents pris en charge par l'hôpital de Belvès.</p> <p style="padding-left: 40px;">Nombre de prescriptions HAD (2017 : 1 – 2018 (pour l'heure) : 1)</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION

Fiche Action N°3	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	L'établissement accueille de plus en plus de personnes issues des FAM
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Structuration de la continuité des soins pour les futurs résidents issus des FAM.
Description de l'action	<p>Proposer un partenariat avec les FAM de proximité pour accueillir en priorité, les résidents des FAM en HT; cadre d'essai avant un éventuel hébergement permanent.</p> <p>En vue d'accueillir ces personnes, des formations spécifiques seront intégrées dans le plan de formation.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>FAM Jacques Delprat - Monpazier</p> <p>FAM Le Bercaill – Belvès</p> <p>ANFH</p>
Moyens nécessaires	<p>Signature de conventions avec chaque FAM.</p> <p>Tous les acteurs de la prise en soins de ces personnes doivent être intégrés dans ce parcours. Ce partenariat doit permettre d'intégrer dans le projet personnalisé de la personne, la mise en place d'une prise en soins en EHPAD afin de préparer au mieux son admission.</p>
Calendrier prévisionnel	1 ^{er} semestre 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Convention de partenariat signée.</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre de résidents des FAM pris en charge en HT ou ayant intégré l'établissement en HP.</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION

Fiche Action N°4	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	L'établissement fait parti du GCSMS Sud-Dordogne depuis 2011.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Accès aux soins de tous et à proximité en renforçant le rôle du GCSMS tant en termes de territoire tout en conservant une cohérence de proximité, qu'en termes d'actions menées.
Description de l'action	Intégrer de nouveaux établissements dans le GCSMS et signer les conventions afférentes.
Identification des acteurs à mobiliser	Le GCSMS actuel travaille sur l'intégration de nouveaux établissements.
Moyens nécessaires	Conventions d'adhésions au GCSMS
Calendrier prévisionnel	2 ^{ème} semestre 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Conventions signées</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre de dépôts d'appels à projets communs permettant l'accès aux soins de tous (exemple : télémédecine...). Comptes-rendus des réunions diffusés,</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Le GCSMS Sud-Dordogne est en attente de l'obtention d'une existence juridique.

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N°5	
<i>RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER</i>	
Constat du diagnostic	Les populations accueillies dans les structures proches ont une limite dans la prise en soins de leurs résidents (non médicalisées).
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Contribution à la politique d'offre de services à la population ou aux autres structures.
Description de l'action	<p>Mettre en place un lit de répit dans le cadre des lits d'hébergement temporaire à destination des personnes du territoire dans le cadre d'urgence (hospitalisation de l'aidant, dégâts dans leur logement) en partenariat avec les services du CIAS, le cas échéant.</p> <p>Mettre à disposition la salle SNOEZELLEN aux structures et à la population du territoire de la CCBDP.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>La MARPA de Monpazier (via la CCBDP)</p> <p>Le CIAS de Monpazier (via la CCBDP)</p> <p>Toutes structures ne disposant pas de salle snoezelen et voulant l'intégrer dans un projet d'accompagnement personnalisé</p> <p>ARS (Financements complémentaires pour l'amélioration de la salle SNOZELEN, équipements complémentaires)</p> <p>Conseil Départemental de la Dordogne</p>
Moyens nécessaires	<p style="text-align: center;">Conventions de partenariats avec d'autres structures</p> <p style="text-align: center;">Obtention de financements via des crédits non reconductibles</p>
Calendrier prévisionnel	1 ^{er} semestre 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Conventions signées.</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre de personnes prises en charge dans le cadre d'un lit de répit</p> <p>Nombre de personnes extérieures ayant utilisées la salle snoezelen</p>
Points de vigilance	Sous réserve d'obtention de crédits non reconductibles.
Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°6	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	L'établissement a analysé ses pratiques en matière de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse grâce à l'outil INTERDIAG (cartographie) le 19 janvier 2016. Cet autodiagnostic a permis de montrer que l'établissement maîtrisait les risques liés aux médicaments à 48%. De ce fait, un plan d'actions a été mis en place mais l'établissement doit continuer à poursuivre ces actions.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Poursuivre la politique de sécurisation du circuit du médicament menée par l'établissement
Description de l'action	Poursuivre les actions du plan d'actions de l'autodiagnostic Interdiag Présenter son suivi lors de la réunion de coordination gériatrique annuelle
Identification des acteurs à mobiliser	Les acteurs à mobiliser sont identifiés dans le plan d'actions
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du plan d'actions (joint en pièce-jointe au CPOM)
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Réalisation des actions du plan d'actions de l'autodiagnostic <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Pourcentage de maîtrise des risques (outil Interdiag)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°7	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	<p>L'établissement évalue le risque de dénutrition pour chacun de ses résidents : pesée mensuelle et suivi du poids, suivi de l'IMC réalisé via le logiciel de soins, albuminémie après évaluation du risque en lien avec le médecin traitant</p> <p>La procédure de prévention de la dénutrition est formalisée et diffusée (PR-SOINS 20-01)</p> <p>Des actions de prévention sont mises en place : recueil et adaptation aux goûts des résidents (commission-menus, recueil des habitudes de la personne hébergée dès son admission, etc.), aide apportée à la prise des repas par les soignants, texture modifiée proposée, présentation des plats de qualité pour favoriser l'appétence et le plaisir de manger, etc.</p> <p>Toutefois, l'établissement ne dispose pas de protocoles formalisés relatifs à l'enrichissement de l'alimentation. La dénutrition est un point important dans la prise en soins des personnes hébergées, les techniques, les savoir-faire évoluent pour cela le personnel doit être continuellement formés sur ce sujet.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Amélioration de la prévention du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition
Description de l'action	Rédiger un protocole relatif à l'enrichissement de l'alimentation et inclure la poursuite des formations des personnels en matière de prévention de la dénutrition.
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Les médecins traitants et ou le médecin coordonnateur</p> <p>L'IDEC de l'établissement et le ou les référents « Nutrition »</p> <p>La chargée de la qualité</p> <p>Organisme (s) de formation</p>
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	2019-2020-2021-2022-2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Protocole rédigé et diffusé</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Indicateur 1 : Nombre de personnes hébergées ayant entre un à trois poids notés dans leur dossier lors du dernier trimestre / Nombre total de personnes hébergées incluses dans l'enquête (taux 2017 : 100%)</p> <p>Indicateur 2 : Quel est le nombre de personnes hébergées ayant eu un diagnostic de dénutrition et une prise en charge adaptée personnalisée au jour de l'enquête (taux 2011 : 100%)</p>
Points de vigilance	
Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°8	
<i>RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER</i>	
Constat du diagnostic	L'établissement a, en 2017, intégré dans ses annexes à la demande d'admission, une annexe intitulée « BILANS BUCCO-DENTAIRE, AUDITIF ET VISUEL » demandant aux familles proches et/ou aux représentants légaux de présenter dans les 6 mois suivants l'admission ce bilan afin de pouvoir personnaliser au mieux l'accompagnement de la future personne. Dans les faits, il leur est difficile de réaliser ce type de bilans.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Prévenir les déficiences auditives et visuelles.
Description de l'action	Mettre en place une politique de prévention des déficiences visuelles et auditives à l'issue d'une formation spécifique pour les personnels.
Identification des acteurs à mobiliser	L'ensemble du personnel Le centre Ailhaud Castelet de Boulazac L'ANFH
Moyens nécessaires	Prise en charge par l'ANFH
Calendrier prévisionnel	2 ^{ème} semestre 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Nombre de bilans auditifs et visuels réalisés à l'entrée</p> <p>Nombre de bilans auditifs et visuels réalisés pendant le séjour</p> <p>Nombre de personnels formés</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Amélioration des cotations GIR sur la cohérence et l'orientation</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Sous réserve de prise en charge par l'ANFH.

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°9	
<i>RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER</i>	
Constat du diagnostic	<p>L'établissement a depuis longtemps intégré les troubles cognitifs et démentiels ainsi que la dépression dans son activité. L'établissement comporte un PASA de 14 places, labellisé en 2011 et dispose d'une salle SNOEZELLEN et d'une ferme thérapeutique mais aussi de nombreux animaux (chien, chat, poissons...).</p> <p>L'établissement a un art-thérapeute financé dans le cadre du FIR et ce depuis 2013. Il est mutualisé avec 2 autres établissements du GCSMS (Beaumont et Lalinde).</p> <p>L'établissement dispose d'un psychologue. Une convention a été signée avec l'UHR de L'EHPAD de La Madeleine.</p> <p>L'établissement a rédigé et diffusé plusieurs protocoles en lien avec les troubles cognitifs tels que, par exemple, la prévention du risque suicidaire, prévention de l'agitation et de l'agressivité...L'établissement dispose d'un psychologue.</p> <p>Cependant, ces troubles pourraient être pris en charge de manière différente et par conséquent être améliorés.</p> <p>Cette amélioration est nécessaire pour permettre aux personnes atteintes de ces troubles et/ou leurs représentants légaux de faire un choix sur la façon dont ils souhaitent être pris en charge.</p> <p>Ce choix de prise en charge pourrait venir compléter la prise en charge médicamenteuse ou se suppléer à celle-ci dans le cas où les traitements médicamenteux n'y feraient plus.</p> <p>Ces alternatives permettront à la personne hébergée de continuer à être pris en charge dans leur milieu de vie (afin d'éviter des hospitalisations) et de préserver, autant que faire se peut, son autonomie.</p> <p>L'optimisation de la prévention et la prise en charge de ces troubles peut être réalisée dans le cadre du programme de prévention en santé (orientations du Plan régional en santé- garantir un parcours sans rupture en santé mentale à tous les âges de la vie) ; Cette prise en soins pourra être proposé à tous les publics porteurs de ces troubles du territoire (comme c'est le cas actuellement avec l'APF et l'utilisation de la salle snoezelen).</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Optimiser la prévention et la prise en charge des troubles cognitifs au travers d'actions innovantes
Description de l'action	<p>Mettre en place des alternatives aux prises en charge médicamenteuses au travers des compétences nouvelles (Hypnose, Sophrologie, Art-thérapie...)</p> <p>Réactiver la Maison d'Aloïs (prise en soins de 4 personnes atteintes d'Alzheimer ou de démences associées déambulantes)</p> <p>Mutualiser les compétences présentes au sein du GCSMS (Psychologue, IDE formée à l'hypnose, sophrologue...)</p> <p>Pérenniser le poste d'Art-thérapeute et obtenir les financements afférents.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>L'ARS Nouvelle-Aquitaine</p> <p>Le GCSMS Sud-Dordogne</p> <p>Les personnels spécifiquement formés</p>

Moyens nécessaires	Obtention de financements complémentaires (pérennisation du poste d'art-thérapeute) Obtention de financements complémentaires dans le cadre du programme de prévention en santé pour la mutualisation des compétences intra GCSMS Déposer un dossier EHPAD Centre Ressources Signer des conventions de mise à disposition des personnels spécifiquement formés
Calendrier prévisionnel	2 ^{ème} semestre 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Conventions signées <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de résidents pour lesquels, il existe <u>au moins un résultat</u> de mesure des troubles de l'humeur et/ou du comportement avec une échelle dans le dossier de personne hébergée <u>ne présentant pas de trouble de ce type ou au moins deux résultats</u> de mesure des troubles de l'humeur et/ou du comportement avec une échelle dans le dossier de la personne hébergée <u>présentant ce type de trouble</u> / Nombre total de personnes hébergées incluses dans l'enquête (taux actuel : 32.14%)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Sous réserve d'obtention des financements nécessaires, faute de quoi les mutualisations inter-Ehpad ne pourront pas être mises en oeuvre

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°10	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	L'établissement relaye l'information des pouvoirs publics au sujet de la vaccination, tant aux personnels qu'aux résidents, et ce chaque année.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Continuer à promouvoir la couverture vaccinale des personnes âgées (grippe et pneumocoque) et les personnels (grippe).
Description de l'action	Continuer la démarche de sensibilisation des personnels et des personnes âgées en matière de vaccinations.
Identification des acteurs à mobiliser	L'ensemble des personnels L'ensemble des personnes hébergées Les médecins traitants et/ou le médecin coordonnateur.
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	Campagnes vaccinales 2019/2020 – 2020/2021 – 2021/2022 – 2022/2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Information relayée (affichage, Journal d'information du Personnel (JIP))</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Taux de vaccination du personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campagne 2016/2017 : 18.5% - Campagne 2017/2018 : 24% <p>Taux de vaccination des personnes prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campagne 2016/2017 : 98% - Campagne 2017/2018 : 98%
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°11	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	<p>L'établissement dispose de référents dans chacun des domaines décrits ci-dessous.</p> <p><u>Soins buccodentaires</u> : L'établissement a mis en place des protocoles sur l'hygiène buccodentaire. L'établissement incite les futures personnes hébergées et/ou leurs représentants légaux via une annexe à la demande d'admission de réaliser dans les 6 mois suivant l'entrée un bilan bucco-dentaire. L'établissement forme depuis 2 ans son personnel aux soins buccodentaires en collaboration avec l'UFSBD. Cependant, l'accès aux bilans buccodentaires est difficile pour les personnes hébergées dans l'établissement. De plus, aucun étudiant de 6^{ème} année d'odontologie n'a souhaité pour l'heure venir dans l'établissement et l'établissement se heurte également à la désertification de ce type de praticien sur le territoire obligeant les personnes hébergées à se rendre à des consultations nécessitant des déplacements, souvent lointains et donc onéreux.</p> <p><u>Prise en charge de la douleur</u> : L'établissement a mis en place des protocoles liés à la prise en charge de la douleur. Il a signé une convention avec l'EMASP du CH de Bergerac. Cependant, il est envisagé d'améliorer cette prise en soins en proposant une alternative aux médicaments et par conséquent laisser le choix aux personnes hébergées et/ou leurs représentants légaux sur la manière de prendre en charge la douleur.</p> <p><u>Prévenir l'incontinence et les chutes</u> : L'établissement a mis en place un protocole de prévention des chutes. Les chutes sont analysées à chaque fois que nécessaire mais dans tous les cas une fois par an lors de la réalisation du rapport d'activité médicale annuelle. L'établissement a mis en place, au PASA, des ateliers de prévention des chutes. L'animatrice propose des ateliers de gym douce. Toutefois, il serait intéressant de proposer des ateliers de prévention des chutes à l'ensemble des personnes hébergées.</p> <p>L'établissement a accueilli un ostéopathe dans le cadre d'un stage de fin d'étude. Le thème de son mémoire était la prévention de l'incontinence chez les personnes âgées dépendantes ; des améliorations ont été constatées chez les personnes hébergées atteintes de ce trouble, suite à ses interventions. Partant de ce postulat, il serait bénéfique de proposer cette prise en charge aux autres personnes hébergées.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Optimiser les préventions en matière, de soins buccodentaires, de l'incontinence, des chutes et de la douleur
Description de l'action Pour la prévention des soins buccodentaires	Permettre l'intervention de professionnels de santé (ostéopathe, kinésithérapeute, sophrologue, hypnose... pour la prévention de l'incontinence, des chutes et de la douleur et d'un chirurgien-dentiste pour la réalisation de bilans bucco-dentaires)
Identification des acteurs à mobiliser	ARS Nouvelle-Aquitaine Conférence des financeurs Médecin coordonnateur et/médecins traitants Professionnels paramédicaux

	<p>Personnels spécifiquement formés</p> <p>Etablissements adhérents au GCSMS</p> <p>L'université d'odontologie de Bordeaux (si réalisation des bilans par les étudiants en 6^{ème} année d'odontologie)</p> <p>Chirurgien-dentiste diplômé (réalisation de bilans seulement)</p>
Moyens nécessaires	<p>Obtention des financements via la conférence des financeurs (dont le programme porte sur le développement d'actions de prévention)</p> <p>Vacations d'un chirurgien/dentiste (pour les bilans buccodentaires)</p> <p>Obtention de financement dans le cadre du programme de prévention en santé</p> <p>Signer une convention avec un chirurgien-dentiste et/ou une université d'odontologie</p>
Calendrier prévisionnel	2^{ème} semestre 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <p>Obtentions des financements nécessaires à l'intervention des professionnels</p> <p>Conventions d'interventions avec les professionnels de santé signées</p> <p>Mise en place d'une prise en charge non médicamenteuse décrite dans le projet personnalisé de la personne hébergée et dans son dossier de soins informatisé.</p>
Indicateurs de résultats Prévention des soins buccodentaires	<p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <p>Taux de personnes hébergées ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission</p> <p>Taux de personnes hébergées ayant un dentier marqué</p> <p>Taux de personnes hébergées bénéficiant d'une toilette bucco-dentaire hebdomadaire (soin validé dans le dossier informatisé de la personne hébergée).</p>
Indicateurs de résultats Prévention de l'incontinence	<p>Nombre de résidents dont les troubles de l'incontinence ont diminué suite à cette prise en soins (Cotation sur la grille AGGIR en diminution).</p>
Prévention des chutes	<p>Nombre total de personnes hébergées ayant chuté au moins une fois en 12 mois / Nombre de personnes hébergées prises en charge dans l'année (En 2017 : 45,90%).</p>
Indicateurs de résultats Prévention et prise en charge de la douleur	<p>Indicateur 1 : Taux de personnels formés au dépistage et à l'évaluation de la douleur</p> <p>Indicateur 2 : Nombre de résidents pour lesquels, il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec échelle dans le dossier de la personne hébergée non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident algique égal à 0 / Nombre total de personnes hébergées incluses dans l'enquête annuelle</p> <p>Indicateur 3 : Nombre de personnes hébergées ayant un traitement médicamenteux antalgique systématique (prescription anticipée) sur l'année.</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>« Chaque personne hébergée garde la possibilité de faire appel au personnel médical et paramédical de son choix »</p> <p>Sous réserve d'obtention des financements nécessaires faute de quoi les prises en charge alternatives ne pourront être proposées</p>

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°12	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	<p>Bilan de la convention tripartite 2014-2018 en matière d'accompagnement de la fin de vie : L'établissement a formé 16 personnes sur l'accompagnement de la fin de vie. L'établissement a signé une convention avec l'EMASP du Centre Hospitalier de Bergerac. L'établissement a diffusé un bulletin d'informations à l'attention des familles, intégrant une partie sur les directives anticipées. L'établissement a mis en place une annexe à la demande d'admission sur les directives anticipées. La trame du projet personnalisé a été retravaillée afin d'y intégrer les souhaits en matière de fin de vie.</p> <p>Cependant, le sujet de la fin de vie est parfois difficile à aborder avec les personnes hébergées. La notion de refus de prendre des dispositions et d'émettre des souhaits doivent pouvoir être travaillés autrement.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie
Description de l'action	Optimiser cette prise en soins dans le cadre du suivi du projet personnalisé de la personne hébergée
Identification des acteurs à mobiliser	<p>L'ensemble du personnel</p> <p>L'EMASP du centre Hospitalier de Bergerac</p> <p>Les aidants</p>
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	2019-2020-2021-2022-2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Taux de recueil des directives anticipées (nombre de personnes hébergées ayant rédigé des directives anticipées) Présence dans le dossier de soins informatisé (projet personnalisé), des souhaits des personnes hébergées sur leur fin de vie (diffusion de musique, souhait de rester à l'EHPAD ou transfert vers un hôpital non souhaité....)</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> <u>Indicateur 1</u> : Nombre de personnes décédées dans l'EHPAD au cours des 12 derniers mois/ Nombre total de personnes décédées au cours des 12 derniers mois (75.86% en 2017) <u>Indicateur 2</u> : Nombre de personnes hébergées entrées dans l'EHPAD au cours des 12 derniers mois et présents depuis 3 mois ou plus pour lesquels on retrouve un recueil de leurs souhaits en matière de fin de vie dans leur dossier / Nombre de personnes hébergées entrées dans l'EHPAD au cours des 12 derniers mois et présents depuis 3 mois ou plus (50% en 2011). <u>Indicateur 3</u> : Nombre d'agents formés à l'accompagnement de la fin de vie (en 2017 : 4 personnes formées).</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'établissement met tout en œuvre pour respecter les souhaits des personnes en fin de vie, autant que faire se peut.

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N°13	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	<p>L'établissement a déjà mis en place des partenariats avec différentes structures et ou associations (Centre de loisirs, FAM Jacques Delprat, FAM Le Bercaill...). Ces structures participent de manière régulière aux animations de l'établissement.</p> <p>L'établissement amène toutes les semaines, le jeudi matin, les personnes hébergées au marché du village.</p> <p>L'établissement est un lieu d'accueil pour les formations organisées dans le cadre du GCSMS.</p> <p>Cependant, ces participations ne sont pas formalisées.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Développer l'ouverture de l'établissement sur son environnement en matière de vie sociale, culturelle et sportive
Description de l'action	Mettre en place des partenariats avec les différentes structures présentes sur le territoire (club du 3 ^{ème} âge local, résidents de la Résidence Autonomie, FAM Le Bercaill, La Croix Rouge...) pour leur proposer des animations.
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Structures présentes sur le territoire et prenant en charge des personnes âgées et/ou handicapées.</p> <p>Animatrice de l'établissement.</p>
Moyens nécessaires	Conventions de partenariats avec les différentes structures
Calendrier prévisionnel	2 ^{ème} semestre 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Convention signée avec la Croix Rouge pour leur mettre à disposition un espace pour la vente de vêtements (permettant ainsi aux personnes hébergées qui le souhaitent d'aider aux permanences et de bénéficier de vêtements à prix avantageux).</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> <u>Indicateur 1 :</u> Nombre de personnes hébergées emmenées au marché ou à toutes autres animations extérieures / personnes en capacité de s'y rendre <u>Indicateur 2 :</u> Nombre de personnes hébergées satisfaites des activités proposées / Nombre total des personnes hébergées / personnes ayant bénéficié de ces activités <u>Indicateur 3 :</u> Nombre de personnes hébergées n'ayant ni visite, ni contact avec des proches / Nombre total de personnes hébergées.</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Respecter les règles liées à l'hygiène et toutes mesures prophylactiques.

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N°14	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	<p>En 2012, l'établissement avait mis en place des réunions appelées « rencontres et partages » afin de permettre des rencontres plus régulières avec les membres du CVS (titulaires et suppléants) et les personnes hébergées pour que celles-ci soient force de propositions. Ces réunions se sont étioilées avec le temps.</p> <p>L'établissement a mis en place un bulletin d'informations à destination des familles (8 bulletins ont été diffusés depuis sa création). Ce bulletin sert à informer les familles sur les projets mis en place, sur les nouvelles réglementations, relatives, par exemple, à la personne de confiance ou encore sur les directives anticipées...</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Développer les relations avec les familles.
Description de l'action	Redynamiser le bulletin d'informations destiné aux familles et reprendre l'organisation des réunions « rencontres et partages ».
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Le Directeur</p> <p>Les familles</p> <p>La chargée de la qualité</p>
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	2 ^{ème} semestre 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Nombre de bulletins d'informations rédigés et diffusés</p> <p>Nombre de réunions « rencontres et partages »</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Taux de satisfaction des familles en matière de communication</p>
Points de vigilance	
Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N°15	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	<p>L'établissement est rentré depuis longtemps dans une culture de Bientraitance. Il a été mis en place dès 2007 des réunions intitulées « Parlons-en » hebdomadaires permettant de s'interroger en équipe pluridisciplinaire sur la prise en soins de certains résidents afin d'adopter des pratiques adaptées, identiques quel que soit le soignant et bientraitantes.</p> <p>Dès 2008, l'ensemble du personnel a travaillé le projet de vie essentiellement basé sur le thème de la bientraitance. De ce projet est née la charte des valeurs propres à l'établissement. Cette charte exprime les valeurs que le personnel de la structure souhaite voir respectées dans l'ensemble de la prise en soins des personnes hébergées. Cette charte a été déclinée par fonction et elle est signée par l'ensemble du personnel et à chaque nouveau recrutement. Elle a également été la base pour la rédaction du projet de soins, en 2010.</p> <p>Ce travail (charte des valeurs) a été présenté en septembre 2009 aux assises de la Bientraitance à Périgueux. L'établissement a travaillé son nouveau projet d'établissement 2017-2021, avec pour axe essentiel la promotion de la bientraitance, également.</p> <p>L'établissement a mis en place un comité d'éthique permettant ainsi d'avoir une instance extérieure pouvant apporter des réponses d'ordre éthique. A ce jour le comité d'éthique n'a eu qu'à se réunir une seule fois. Il faut noter que son organisation est toutefois lourde car elle nécessite la présence de personnes extérieures à l'établissement...</p> <p>Bilan de la convention tripartite 2014-2018 : l'établissement organise chaque année une formation sur la démarche de bientraitance, depuis 2014, 38 personnes ont été formées à cette thématique. Le Directeur, l'IDEC, le médecin coordonnateur, la psychologue ont suivi en 2017 une formation à la culture de Bientraitance organisée par l'OAREIL. Cependant la culture de Bientraitance est à adapter de manière constante en fonction de l'évolution des pratiques professionnelles mais aussi de l'évolution de la population accueillie.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Poursuivre la culture de Bientraitance au profit des personnes hébergées
Description de l'action	Adapter la culture de Bientraitance en fonction de l'évolution des pratiques professionnelles mais aussi de l'évolution de la population accueillie
Identification des acteurs à mobiliser	L'ensemble du personnel
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	2019-2020-2021-2022-2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <p>Charte des valeurs par fonction actualisée et signée par chaque membre du personnel</p> <p>Nombre de réunions Parlons-en par an et comptes-rendus</p> <p>Mise en place d'un comité d'éthique intra GCSMS</p> <p>Nombre de commissions des menus par an et comptes-rendus</p> <p>Nombre de commissions d'animation par an et comptes-rendus</p> <p>Contrôles aléatoires sur le nettoyage des chambres</p>

	<p>Analyses des pratiques professionnelles (aléatoires) par l'IDEC par exemple sur la toilette</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Taux de satisfaction sur la qualité de la restauration et l'entretien du linge</p> <p>Taux de satisfaction sur la qualité des soins</p> <p>Résultats des contrôles aléatoires sur le nettoyage des chambres</p> <p>Résultats des analyses des pratiques professionnelles</p> <p>Taux de réponses apportées au CVS</p>
<p>Points de vigilance</p> <p>Bonnes pratiques à promouvoir</p>	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N°16	
RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER	
Constat du diagnostic	L'établissement a mis en place un projet personnalisé qui était basé essentiellement sur les besoins physiologiques. En 2017, une nouvelle trame de projet personnalisé a été réalisée ayant une vision plus globale dans la prise en charge des personnes hébergées incluant ainsi l'accompagnement en fin de vie, les animations ; tout ce qui fait la vie de la personne hébergée dans l'établissement. La nouvelle trame a été intégrée au logiciel de soins.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer le projet personnalisé de la personne hébergée
Description de l'action	Rédiger les procédures de création d'un projet personnalisé et de sa réévaluation (association des familles et/ou tuteurs et des personnes hébergées dans l'élaboration du projet personnalisé).
Identification des acteurs à mobiliser	Le référent de chaque personne hébergée L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire Les familles et/ou les tuteurs
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	2019-2020-2021-2022-2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Procédures rédigées et diffusées <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois auxquels leur avis a été demandé pour l'élaboration de leur projet d'accompagnement / nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois l'année. Nombre de projets personnalisés / personnes présentes
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N°17	
<i>RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER</i>	
Constat du diagnostic	L'établissement dispose d'un registre des plaintes et réclamations. Lors d'une doléance, le personnel utilise le plus souvent la fiche de signalement des événements indésirables. Toute personne ayant une réclamation est reçue par l'IDEC et/ou la Direction et/ou le médecin coordonnateur voire la psychologue. Certaines doléances sont abordées lors des réunions du CVS, un tableau de suivi des demandes est réalisé. Cependant aucune procédure n'a été rédigée.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer le suivi des réclamations
Description de l'action	Rédiger une procédure de gestion des plaintes et réclamations (y incluant son traitement mais aussi l'articulation avec la fiche de signalement des événements indésirables)
Identification des acteurs à mobiliser	Directeur Membres du CVS Chargée de la Qualité
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	1 ^{er} semestre 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Procédure rédigée et diffusée <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Taux de réponses apportées aux demandes du CVS.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°18	
<i>RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER</i>	
Constat du diagnostic	L'EHPAD de Monpazier adhère au GCSMS Sud-Dordogne composé de 7 ehpad. Il ressort de l'avis des directeurs que la profession nécessite des compétences de plus en plus techniques, pointues et chronophages comme les fonctions achats, qualité/sécurité ou l'assistance aux familles aux travers diverses formalités. Pour ce faire, il est possible de dégager des moyens sans recourir aux forfaits soins et/ou dépendance et sans augmenter le tarif d'hébergement. Ce projet consiste à regrouper la fonction de direction et créer des directions communes qui généreront une économie permettant de créer les fonctions transversales souhaitées.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mettre en place une direction commune sur 4 établissements du territoire à savoir (Monpazier/Beaumont/Lalinde/Cadouin) permettant de dégager des moyens.
Description de l'action	Mettre en place une direction commune Monpazier-Beaumont-Lalinde-Cadouin, Cette restructuration de la fonction de direction permettra de mettre en place des fonctions transversales tels que la Qualité/Gestion des risques, les achats et les marchés publics, les ressources humaines (formations inter-établissements, GPEC...). Ces fonctions pourront ensuite être mutualisées entre les structures du GCMS Sud-Dordogne avec participation financière des établissements, non inclus dans la direction commune.
Identification des acteurs à mobiliser	L'ARS Nouvelle-Aquitaine Le Conseil Départemental de la Dordogne Les Présidents des Conseils d'Administration Membres du GCSMS Sud-Dordogne Directeurs L'ensemble des personnels
Moyens nécessaires	Sous réserve d'obtention des autorisations de l'ARS et du Conseil Départemental de la Dordogne.
Calendrier prévisionnel	En fonction des départs et mouvements potentiels des directeurs de Monpazier/Beaumont/Lalinde/Cadouin
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Arrêté de nomination d'un directeur en direction commune sur les 4 établissements Tableau des effectifs commun aux 4 établissements permettant ainsi d'anticiper les départs, de favoriser les mutations inter-établissements, d'intégrer de nouvelles promotions professionnelles (accès à des grades non disponible au sein des EHPADS Recrutement ou redéploiement des personnels présents sur les 4 structures. <u>Indicateurs de résultat (impact)</u>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

FICHES ACTION CPOM 2019-2023

AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°19	
<i>RESIDENCE LE PERIGORD – EHPAD de MONPAZIER</i>	
Constat du diagnostic	L'EHPAD s'est toujours adapté aux différentes évolutions liées au système d'information (serveur, CNIL...). Cependant, dans le cadre Du RGPD (Règlement Général de Protection des Données), la charte informatique et la procédure d'accès aux dossiers font défauts.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer le système d'information
Description de l'action	Rédiger une charte informatique et une procédure d'accès au dossier de la personne hébergée par les professionnels habilités
Identification des acteurs à mobiliser	L'ensemble du personnel ayant accès au système informatique La Direction La Chargée de la qualité Prestataires informatiques (éditeurs de logiciels, maintenance...)
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	1 ^{er} semestre 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Charte informatique rédigée, validée et signée par l'ensemble du personnel. Procédure d'accès aux dossiers rédigée et diffusée. <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'agents formés à l'utilisation des différents logiciels.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

ANNEXE 4 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N 2019	N+1 2020	N+2 2021	N+3 2022	N+4 2023	
<u>Fiche action n° 1</u>	Nombre de personnes adressées par les services de la MAIA (Hébergement temporaire). Diminution des transferts des résidents vers les urgences Nombre de résidents pris en charge par l'hôpital de Beivès Nombre de prescriptions HAD	Convention signée	100%					2 ^{ème} semestre 2019 pour la signature de la convention.
<u>Fiche action n° 2</u>	Nombre de résidents des FAM pris en charge en HT ou ayant intégré l'établissement en HP Nombre de dépôts d'appels à projets communs (GCSMS) permettant l'accès aux soins de tous (exemple : télé médecine...)	Moins de transferts vers les urgences 100% des personnes nécessitant une prise en soins en centre hospitalier Pas de cible car ce sont des prescriptions. Convention signée	100%					1 ^{er} semestre 2020
<u>Fiche action n° 3</u>	Nombre de personnes prises en charge dans le cadre d'un lit de répit Nombre de personnes extérieures ayant utilisées la salle snoezelen	Convention signée		100%				1 ^{er} semestre 2021
<u>Fiche action n° 4</u>	Pourcentage de maîtrise des risques (outil Interdiag) : Taux au 19.01.2016 : 48%	Nombre d'appels à projets réalisés		100%				2 ^{ème} semestre 2021
<u>Fiche action n° 5</u>	Nombre de personnes hébergées ayant entre un à trois poids notés dans leur dossier lors du dernier trimestre / Nombre total de personnes hébergées incluses dans l'enquête (taux 2017 : 100%) Quel est le nombre de personnes hébergées ayant eu un diagnostic de dénutrition et une prise en charge adaptée personnalisée au jour de l'enquête (taux 2011 : 100%)	Conventions signées			100%	100%		1 ^{er} semestre 2022
<u>Fiche action n° 6</u>		80%						Calendrier du plan d'actions de l'INTERDIAG
<u>Fiche action n° 7</u>		100%	100%	100%	100%	100%		Ces indicateurs doivent être calculés tous les ans dans le cadre du rapport d'activité médicale.

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N 2019	N+1 2020	N+2 2021	N+3 2022	N+4 2023	
<u>Fiche action n° 8</u>	<p>Nombre de bilans auditifs et visuels réalisés</p> <p>Nombre de bilans auditifs et visuels réalisés à l'entrée</p> <p>Nombre de personnels formés</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>2 agents par an</p>	100%				<p>2^{ème} semestre 2020</p> <p>Convention signée avec le centre Ailhaud Castelet de Boulazac</p>	
<u>Fiche action n° 9</u>	<p>Nombre de résidents pour lesquels, il existe au moins un résultat de mesure des troubles de l'humeur et/ou du comportement avec une échelle dans le dossier de personne hébergée ne présentant pas de trouble de ce type ou au moins deux résultats de mesure des troubles de l'humeur et/ou du comportement avec une échelle dans le dossier de la personne hébergée présentant ce type de trouble / Nombre total de personnes hébergées incluses dans l'enquête (taux actuel : 32.14%)</p>	50%	100%				<p>2^{ème} semestre 2020</p> <p>Conventions signées</p> <p>Obtention des financements spécifiques dans le cadre du programme de prévention en santé afin de réactiver la Maison d'Alois</p> <p>Pérenniser le poste d'art-thérapeute</p>	
<u>Fiche action n° 10</u>	<p>Pourcentage de personnes vaccinées</p> <p>Taux de vaccination du personnel : Campagne 2016/2017 : 18,5% Campagne 2017/2018 : 24%</p> <p>Taux de vaccination des personnes prises en charge : Campagne 2016/2017 : 98% Campagne 2017/2018 : 98%</p>	<p>30% pour le personnel</p> <p>95% pour les résidents</p>	100%				<p>Campagnes vaccinales 2019/2020 2020/2021 2021/2022 2022/2023</p>	
<u>Fiche action n° 11</u> Prévention des soins buccodentaires	<p>Taux de personnes hébergées ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission</p> <p>Taux de personnes hébergées ayant un dentier marqué</p> <p>Taux de personnes hébergées bénéficiant d'une toilette bucco-dentaire hebdomadaire (soin validé dans le dossier informatisé de la personne hébergée)</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	100%				<p>2^{ème} semestre 2019</p>	

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N 2019	N+1 2020	N+2 2021	N+3 2022	N+4 2023	
Fiche action n° 11 Prévention de l'incontinence	Nombre de résidents dont les troubles de l'incontinence ont diminué suite à cette prise en soins (Cotation sur la grille AGGIR en diminution).							
Fiche action n° 11 Prévention des chutes	Nombre total de personnes hébergées ayant chutées au moins une fois en 12 mois / Nombre de personnes hébergées prises en charge dans l'année (En 2017 : 45,90%).	100%						
Fiche action n° 11 Prévention et prise en charge de la douleur	Taux de personnels formés au dépistage et à l'évaluation de la douleur	2 agents par an au minimum						
	Nombre de résidents pour lesquels, il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec échelle dans le dossier de la personne hébergée non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident algique égal à 0 / Nombre total de personnes hébergées incluses dans l'enquête annuelle	100% des personnes algiques	100%					
Fiche action n° 12	Nombre de personnes hébergées ayant un traitement médicamenteux antalgique systématique (prescription anticipée) sur l'année.	100%						
	Nombre de personnes décédées dans l'EHPAD au cours des 12 derniers mois/ Nombre total de personnes décédées au cours des 12 derniers mois (75.86% en 2017)	Pas de cible	100%	100%	100%	100%	100%	
Fiche action n° 12	Nombre de personnes hébergées entrées dans l'EHPAD au cours des 12 derniers mois et présents depuis 3 mois ou plus pour lesquels on retrouve un recueil de leurs souhaits en matière de fin de vie dans leur dossier / Nombre de personnes hébergées entrées dans l'EHPAD au cours des 12 derniers mois et présents depuis 3 mois ou plus (50% en 2011).	100%						

2^{ème} semestre 2019

Sous réserve d'obtention des financements nécessaires faute de quoi les prises en charge alternatives ne pourront être proposées

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N 2019	N+1 2020	N+2 2021	N+3 2022	N+4 2023	
<u>Fiche action n° 12</u> (suite)	Nombre d'agents formés à l'accompagnement de la fin de vie (en 2017 : 4 personnes formées).	2 agents par an au minimum	100%	100%	100%	100%	100%	
<u>Fiche action n° 13</u>	Nombre de personnes hébergées emmenées au marché ou à toutes autres animations extérieures							
	Nombre de personnes hébergées satisfaites des activités proposées / Nombre total des personnes hébergées		100%					2 ^{ème} semestre 2019
<u>Fiche action n° 14</u>	Nombre de personnes hébergées n'ayant ni visite, ni contact avec des proches / Nombre total de personnes hébergées.							
	Taux de satisfaction des familles en matière de communication	80%	100%					2 ^{ème} semestre 2019
<u>Fiche action n° 15</u>	Taux de réponses apportées au CVS	100%						
	Taux de satisfaction sur la qualité de la restauration et l'entretien du linge	75%						
	Taux de satisfaction sur la qualité des soins	75%						
	Résultats des contrôles aléatoires sur le nettoyage des chambres							
	Résultats des analyses des pratiques professionnelles							
<u>Fiche action n° 16</u>	Nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois auxquels leur avis a été demandé pour l'élaboration de leur projet d'accompagnement / nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois l'année	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<u>Fiche action n° 17</u>	Procédure rédigée et diffusée en matière de gestion des plaintes et réclamations.		100%					1 ^{er} semestre 2020
	Taux de réponses apportées au CVS	100%						

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N 2019	N+1 2020	N+2 2021	N+3 2022	N+4 2023	
<u>Fiche action n° 18</u>	Arrêté de nomination d'un directeur en direction commune sur les EHPADS Monpazier/Beaumont/Lalinde/Cadouin)							En fonction des départs et mouvements potentiels des directeurs de Monpazier/Beaumont/Lalinde/Cadouin
<u>Fiche action n° 19</u>	Nombre d'agents formés à l'utilisation des différents logiciels	100%				100%		Sous réserve d'obtention des autorisations de l'ARS et du Conseil Départemental de la Dordogne 1 ^{er} semestre 2022

Annexe 5 : Arrêté habilitation Aide-sociale

REPUBLIQUE FRANÇAISE

060556

Le préfet de la Dordogne
Chevalier de la Légion d'Honneur

Le président du conseil général
du département de la Dordogne

VU le code de l'action sociale et des familles (CASF) et notamment ses articles L 313-1 et suivants ainsi que ses articles R 313-1 à R 313-10 et D 313-11 à D 313-14 ;

VU le code général des collectivités territoriales ;

Vu l'arrêté n° 781695 du 9 novembre 1978 de monsieur le préfet de la Dordogne fixant la capacité de l'hospice public de Monpazier à 84 lits ;

VU l'arrêté n° 041963 du 10 décembre 2004 de monsieur le préfet de la Dordogne autorisant la transformation de la maison de retraite de Monpazier en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

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 ;

ARRETEMENT

ARTICLE 1er : L'autorisation prévue à l'article L 313-1 du code de l'action sociale et des familles est accordée à l'EHPAD de Monpazier en vue d'augmenter sa capacité de 84 à 89 places réparties comme suit :

- 84 lits d'hébergement permanent ;
- 5 lits d'hébergement temporaire.

ARTICLE 2 : Cette autorisation est valable pour une durée de 15 ans. Le renouvellement de la présente autorisation est subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

ARTICLE 3 : La présente autorisation ne prendra effet qu'après réalisation d'une visite de conformité prévue par le code de l'action sociale et des familles et notamment ses articles D 313-11 à D 313-14 ;

ARTICLE 4 : L'établissement est habilité à l'aide sociale pour la totalité des ses lits d'hébergement permanent (84). Les 5 lits d'hébergement temporaire ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale du département ;

ARTICLE 5 : L'établissement fournit les documents administratifs, financiers et comptables, ainsi que les renseignements statistiques conformément aux articles R 314-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles

ARTICLE 6 : Le tarif journalier de l'hébergement permanent est fixé annuellement par 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 7 : 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 8 : Le conseil général règle à l'établissement sa contribution au titre de l'aide sociale à terme échu et sur présentation d'état de frais de séjour.

ARTICLE 9 : 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 10 : L'habilitation à l'aide sociale 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 code de l'action sociale et des familles.

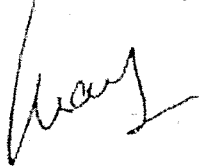
ARTICLE 11 : Tout recours contentieux contre le présent arrêté devra être introduit auprès du tribunal administratif de Bordeaux - 9, Rue Tastet - BP 947 - 33063 Bordeaux-Cédex, dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

ARTICLE 12 : 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 du département de la Dordogne.

Fait à Périgueux, le

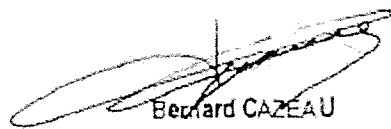
11 AVR. 2006

Le préfet de la Dordogne



Raphaël BARTOLT

Le président,



Bernard CAZEAU

Annexe 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

EHPAD Le Périgord

24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

9. 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
<p>La direction et l'ensemble des équipes ont apprécié l'équipe qui est intervenue avec professionnalisme et esprit d'écoute. Les évaluateurs ont su s'intégrer aux équipes alors qu'elles travaillaient et chacun a pu s'exprimer librement sans se sentir « jugé ».</p> <p>Les questions posées sont apparues judicieuses et conformes au cahier des charges de l'EE.</p> <p>Le choix du cabinet CEPFOR et à travers ce cabinet de Madame SPRENGER et Monsieur BOS s'est révélé un choix qui ne laisse aucun regret.</p>	<p>La direction a apprécié le rapport qui est d'une lecture facile, rapide et agréable. Les préconisations sont en osmose avec les objectifs découlant de l'évaluation interne et du renouvellement de la convention.</p> <p>Si la direction partage unanimement les conclusions elle souhaite juste ajouter 2 nuances :</p> <p>sur la <u>préconisation d'accès plus sécurisés avec caméras, alarmes...</u></p> <p>L'établissement a cherché à améliorer son dispositif de sécurité des usagers par le remplacement du système « anti-fugue » défaillant, par la demande de poser une caméra de vidéo protection (arrêté préfectoral désormais reçu) et par la fermeture des portes de l'établissement dans une tranche de 19 h à 8h30. Durant cette période, l'établissement s'ouvre par un bip ou en sonnant à l'entrée, le personnel déclenche alors l'ouverture. Enfin le portail extérieur demeure fermé et s'ouvre par l'arrivée des véhicules. Les piétons eux doivent entrer un code facilement identifiable.</p> <p>Les préconisations liées à une sécurisation renforcée sont donc déjà réalisées.</p> <p><u>Sur la préconisation d'un véhicule adapté au transport de fauteuils roulants qui serait un plus pour permettre les sorties des résidents à mobilité réduite :</u></p> <p>La direction précise que les personnes à mobilité réduite sont actuellement emmenées en voiture (elles bénéficient donc aussi de sorties). Pour exemple, en novembre, le Président du CVS (personne en fauteuil roulant) a participé au CDVS et a donc été emmené. Mais il est vrai qu'un tel véhicule bénéficierait à davantage de résidents en même temps.</p> <p>La direction renouvelle ses remerciements à l'équipe du cabinet CEPFOR.</p>

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

EHPAD Le Périgord

24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'évaluation externe s'est déroulée dans les meilleures conditions de travail : un bureau avait été réservé.

L'EHPAD Le Périgord a mis en place des prises en charge d'accompagnement et de soins basées sur l'observation, l'écoute et l'analyse des besoins et attentes des résidents.

Les pratiques professionnelles à tous les niveaux sont empreints de bienveillance et de bienveillance.

Les évaluateurs encouragent l'établissement à se projeter dans un avenir déjà balisé par la réussite des challenges et projets passés.

Il est à noter la grande satisfaction rencontrée des familles et résidents.

En conclusion, les évaluateurs portent un regard positif et formulent leurs encouragements à la direction et à tous les membres des personnels pour persévérer.

Cet établissement mérite le renouvellement de son autorisation pour toutes les raisons évoquées dans le présent rapport.

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE
EHPAD Le Périgord
24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> - Respect de la vie privée, liberté d'aller et venir 	<p>Les unités géographiques de l'EHPAD ont une dimension adaptée à la vie des résidents.</p> <p>Le DARI est en place.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un plan de gestion des risques (risques infectieux, plan bleu, fugues....) 			
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un dispositif pour garantir la sécurité des usagers et des professionnels 	<p>L'établissement met tout en œuvre pour préserver la liberté d'aller et venir de ses résidents.</p>	<p>Une sortie à l'insu de l'établissement d'un résident a fini tragiquement par son décès.</p>	<p>Les accès devraient être plus sécurisés : caméras, alarmes,....</p> <p>Réaliser une cartographie des risques pour établir une procédure globale de la gestion des risques.</p> <p>Mettre en place un plan de continuité de l'activité</p>

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE
EHPAD Le Périgord
24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> - Elections, composition, tenue des réunions (comptes rendus), thèmes abordés lors des CVS (et comment sont choisis ces thèmes) 	<p>Le CVS est un appui effectif à la prise de décisions de l'encadrement et de la direction. Tous les thèmes de la vie quotidienne sont abordés, avec une redondance pour les repas.</p>	<p align="center">///</p>	<p>Rechercher les partenariats financiers ponctuels des fondations, banques, appels à projets des pouvoirs publics, etc...</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Recueil et traitement des plaintes et des réclamations 	<p>Culture de l'observation et de l'anticipation Culture positive de l'erreur développée</p>		<p>Faire participer les membres du CVS (par vote) dans le choix des actions à mettre en place.</p> <p>Recueillir le droit à l'image et le consentement éclairé</p>

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE
EHPAD Le Périgord
24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

5. Personnalisation de l'accompagnement

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>- Elaboration, rédaction, actualisation du projet personnalisé (volet associatif, pédagogique, soins, autonomie...)</p>	<p>Les projets personnalisés réalisés ont été élaborés avec les usagers et leurs familles. Ils tiennent compte de l'histoire et des goûts des personnes.</p>	<p>///</p>	
<p>- Entrée dans l'établissement, liens entre les usagers et relation avec le personnel</p>	<p>Les personnes accueillies sont pour la plupart connues des personnels (même zone de résidence) avant leur entrée à l'EHPAD.</p>	<p>///</p>	<p>Maintenir les procédures en place</p>

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

EHPAD Le Périgord

24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
- Collaboration, formations et conventions avec les différents acteurs du secteur	L'établissement est bien identifié dans son environnement : les partenariats et échanges sont nombreux et de qualité.		Accentuer l'ouverture de l'établissement pour ses partenaires conventionnés en leur proposant de partager sa maîtrise des prestations, avec pour objectif de renforcer le réseau autour de compétences partagées.

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE
EHPAD Le Périgord
24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

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 (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>- Elaboration et révision du projet d'établissement ou de service en cohérence avec les objectifs de l'établissement et les besoins/attentes des usagers</p>	<p>Le personnel connaît les résidents. Une cartographie des pathologies et risques est développée avec le concours du Médecin coordonnateur.</p> <p>Une actualisation est planifiée</p>	<p>Le Projet d'Etablissement n'existe pas de façon formelle. Les projets de vie, de soins et d'animation en tiennent lieu.</p>	<p>Rédiger un PE selon la recommandation Anesm.</p>
<p>- Caractérisation de la population accompagnée</p> <p>- Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service</p>	<p>L'analyse des besoins de la population actuellement accueillie est à rapprocher d'une projection des besoins futurs des personnes âgées des environs.</p>	<p>Intégrer les suites de l'évaluation interne et de l'évaluation externe dans le PE avec les fiches actions et les indicateurs choisis. Rédiger une synthèse du PE</p>	

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

EHPAD Le Périgord

24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'ESSMS.

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>-Efficacité de l'appropriation des recommandations par tous les acteurs ou professionnels de l'établissement</p>	<p>Les documents ANESM ont servi de support aux réunions d'équipes, menées avec l'encadrement et le médecin coordonnateur notamment. Cette procédure a pour intérêt d'adapter les recommandations à la compréhension des agents et aux possibilités du service.</p>	<p>Les agents ne sont pas tous motivés au même niveau dans l'appropriation des recommandations.</p>	<p>Intégrer dans la procédure d'évaluation des agents une mesure des connaissances des recommandations les concernant particulièrement.</p>
<p>-Prise en compte des modalités de management de la recommandation sur la prévention de la maltraitance</p>	<p>L'EHPAD est attentif et réactif aux événements risquant d'aboutir à une maltraitance.</p>		<p>Installer un volet "bienveillance" dans l'intranet, accessible à tous les agents.</p>

ABREGE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE
EHPAD Le Périgord
24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du Chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

1. La démarche d'évaluation interne

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>- Participation des personnels et des usagers à la démarche d'évaluation interne</p> <p>- Contribution de la démarche d'évaluation interne à la dynamique de la qualité de l'accompagnement et Mise en œuvre des actions pour faire vivre la démarche qualité dans l'établissement (sensibilisation et information des usagers et appropriation par les professionnels</p>	<p>Participation des personnels</p> <p>Les objectifs d'actions prioritaires définis à la suite de l'évaluation interne font l'objet d'un tableau de bord et les échéances sont respectées, voire anticipées, en grande partie.</p>	<p>La participation des usagers à la démarche d'évaluation interne aurait pu être plus importante.</p> <p>Eparpillement des plans d'amélioration dans leurs supports.</p>	<p>Un tableau de bord reprenant tous les objectifs et actions prioritaires de tous les plans de l'EHPAD (suivis du PE, de l'évaluation interne, de la démarche qualité) permettrait une meilleure visibilité de la progression de la démarche qualité.</p> <p>Cela soutiendrait les agents dans leurs efforts et soutiendrait leur motivation.</p>

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

EHPAD Le Périgord

24 540 CAPDROT-MONPAZIER

(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

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.

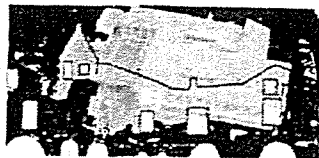
La méthode de remplissage consiste, pour chacune des sept rubriques, à noter les forces « et » les faiblesses à partir de la synthèse de l'évaluation externe. En effet, chaque rubrique ne peut être réduite à l'une ou l'autre de ces deux dimensions. L'approche du réel par la complexité consiste à chaque 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 rubrique permet de recueillir les éléments de méthodologie de l'évaluation externe

Enfin la dixième et dernière rubrique recueille les commentaires de l'ESSMS sur le déroulement et les conclusions de l'évaluation externe



Route de Belvès
24540 Capdrot-Monpazier

Tél : 05 53 22 60 40
Fax : 05 53 22 61 09

accueil@mr-monpazier.fr

**EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS
VERSE AU REGISTRE DES DELIBERATIONS**

CONSEIL D'ADMINISTRATION
Séance du 19 Novembre 2018 à 9 heures 30

Délibération N°2018-28

Date de la convocation le 12 Novembre 2018

Etaient présents :

En qualité de membre du Conseil d'Administration :

- Monsieur DUPPI Fabrice, Président
- Mesdames CHENAUX Christiane et FREYSSIGNET Agnès.
- Messieurs BERLIOZ Alain, DELMON Jean-Marie, ROUGIER Robert et ROULLEAUD Jean-Claude.

En qualité de Directrice : Madame FEUILLET Patricia

En qualité d'invitée :

- Mademoiselle GEORGES Sabrina (Adjoint Administratif)

Absents :

- Madame MARSAT Marie-Lise
- DT-ARS
- Madame DELPIT Sophie (IDEC)
- Docteur MOREAUD Luc
- Madame PETIT Maryse

Absents excusés :

- DGA-SP
- Madame CASSANG Maryse
- Monsieur CALMETTE Marcel
- Madame TAUDIERE Josiane

Objet : CPOM 2019-2023

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 2018-2028,

Vu le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes âgées 2014-2019,

Vu l'arrêté n°2016-84/DOSA/CD et 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 négociation du 5 Juin 2018 avec le Conseil Départemental de la Dordogne et la Délégation Territoriale 24 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine relative au diagnostic partagé du CPOM,

Vu la négociation du 20 Juin 2018 avec le Conseil Départemental de la Dordogne et la délégation Territoriale 24 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine relative aux finances et objectifs du CPOM,

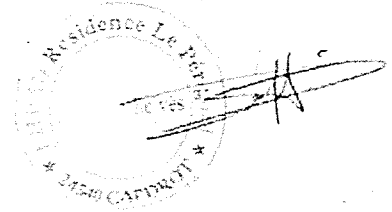
Vu la relecture du CPOM avec le Conseil départemental de la Dordogne et la délégation territoriale 24 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine du 25 Octobre 2018,

Vu la présentation du CPOM 2019-2023 par Madame La Directrice, joint à la présente délibération,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

→ Le CONSEIL D'ADMINISTRATION décide d'approuver le CPOM 2019-2023 et autorise Madame La Directrice à le signer.

A Capdrot, le 19 Novembre 2018,
Pour extrait certifié conforme,
Le Président,
Monsieur DUPPI Fabrice



RÉSIDENCE LE PÉRIGORD - EHPAD de MONPAZIER

**Fiche de situation
au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux**

<i>Identification de l'entité juridique</i>		
N° FINESS EJ : 24 000 089 3	EHPAD MONPAZIER - RESIDENCE PERIGORD	
4	RTE	DE BELVES
24540	MONPAZIER	
Téléphone : 05 53 22 60 40		Télécopie : 05 53 22 61 09
Email : administration@mr-monpazier.fr		
Raison sociale complète :		
Commune INSEE : 24 280 MONPAZIER		
SIREN : 262 405 756	Statut : 21 Etb.Social Communal	Date de fin :

<i>Identification de l'établissement</i>			
N° FINESS ET : 24 000 226 1	RES LE PERIGORD - EHPAD MONPAZIER		
	RTE	DE BELVES	
24540	CAPDROT		
Téléphone : 05 53 22 60 40		Télécopie : 05 53 22 61 09	
Email : accueil@mr-monpazier.fr			
Raison sociale complète : RESIDENCE LE PERIGORD - EHPAD MONPAZIER			
Catégorie :	500 EHPAD	Dates :	
Agrégat de catégorie :	4401 Héberg.Pers.Agées	Autorisation :	
Mode de tarif :	45 ARS TP HAS nPUI	Caducité :	
Serv public hosp :		Ouverture :	
Commune INSEE :	24 080 CAPDROT	Fermeture :	
Établissement de rattachement :		Convention	Date de Convention
N° FINESS :			
Raison sociale :			
SIRET : 262 405 756 00012	N° Education Nationale :		

Pour tout renseignement vous pouvez
vous adresser au service suivant :

ARS NOUVELLE-AQUITAINE
ESPACE RODESSE
103 B R BELLEVILLE
CS 91704
33063 BORDEAUX CEDEX
Téléphone : 05 57 01 44 00 Télécopie : 05 57 01 44 09

Entité juridique :	EHPAD MONPAZIER - RESIDENCE PERIGORD	Statut	DORDOGNE
N° FINESS :	24 000 089 3	21 Etablissement Social et Médico-Social	Comm MONPAZIER
Établissement :	RES LE PERIGORD - EHPAD MONPAZIER	Catégorie	DORDOGNE
N° FINESS :	24 000 226 1	500 Etablissement d'hébergement pour personne	CAPDROT
N° SIRET :	262 405 756 00012		

AUTORISATION

Discipline	657 Accueil temporaire pour Personnes Âgées	Date de 1ère autorisation	03/01/2017	Nbre de lits ou places	5
Mode de fonctionnement	11 Hébergement Complet Internat	Dernière décision	03/01/2017	dont	
Cifentèle	711 Personnes Âgées dépendantes	Age mini		Homme	
		Age maxi		Femme	
				Habilités aide sociale	0

Discipline	924 Accueil pour Personnes Âgées	Date de 1ère autorisation	03/01/2017	Nbre de lits ou places	84
Mode de fonctionnement	11 Hébergement Complet Internat	Dernière décision	03/01/2017	dont	
Cifentèle	711 Personnes Âgées dépendantes	Age mini		Homme	
		Age maxi		Femme	
				Habilités aide sociale	84

Discipline	961 Pôles d'activité et de soins adaptés	Date de 1ère autorisation	03/01/2017	Nbre de lits ou places	
Mode de fonctionnement	21 Accueil de Jour	Dernière décision	03/01/2017	dont	
Cifentèle	436 Personnes Alzheimer ou maladies apparentées	Age mini		Homme	
		Age maxi		Femme	
				Habilités aide sociale	

INSTALLATION

Date de constat	31/12/2009	Nbre de lits ou places	84
Age mini		dont	
Age maxi		Homme	
Source de l'information	Enquête statistique	Femme	
		Habilités aide sociale	

Date de constat	06/10/2017	Nbre de lits ou places	
Age mini		dont	
Age maxi		Homme	
Source de l'information	Autre	Femme	
		Habilités aide sociale	



EHPAD DE CADOUIN
24480 CADOUIN

Tel : 05 53 63 32 90 Fax : 05 53 61 25 51



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2019-2023

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

L'EHPAD de CADOUIN

Sommaire :

24480 CADOUIN	1
TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	5
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	5
2) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	6
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 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM	10
3.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence	11
3.4 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	12
3.5 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	13
3.6 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 14	
3.7 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	14
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT.....	15
4) Le suivi et l'évaluation du contrat	15
5) Le traitement des litiges.....	16
6) La révision du contrat.....	17
7) La révision du terme de la convention tripartite pluriannuelle préexistante au CPOM.....	17
8) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	17
9) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD	17
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	18

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le CPOM :

Le Département 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'EHPAD de CADOUIN, 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 Madame LE DUOT, 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 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 03 septembre 2018 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 de Cadouin 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 de Cadouin 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 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

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 : 240000786
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : Etablissement autonome de la FPH
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : EHPAD
 - Organigramme de l'entité gestionnaire :
 - o Président du Conseil d'administration : Monsieur Jean-Marc GOUIN
 - o Directrice : Madame Camille LE DUOT
 - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : EHPAD de Cadouin

- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
 - Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : 88 lits d'hébergement permanent (arrêté d'autorisation conjoint ARS/CD du 10 avril 2018)
 - 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 : 240002154

- 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)
 - Pour les EHPAD habilités à 100% et ne relevant pas du L.342-3-1 :

« L'EHPAD de CADOUIN est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil départemental n° SPAE-18-109 en date du 10 avril 2018 pour la totalité de ses 88 lits d'hébergement permanent autorisés.
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

L'EHPAD de Cadouin fait partie du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) Sud Dordogne depuis le 26 novembre 2010 (signature de la convention constitutive). Ce GCSMS comprend les EHPAD de Beaumont-du-Perigord, du Bugue, du Canton de Saint Cyprien, d'Eymet, de Lalinde et de Monpazier.

L'EHPAD de Cadouin dispose également de conventions de partenariat avec :

- Le service de HAD de la Clinique Pasteur, en lien avec le Centre de santé Saint Vincent de Paul au Buisson de Cadouin (signée le 1^{er} octobre 2015) ;
- L'équipe mobile de soins palliatifs du Centre hospitalier Samuel Pozzi à Bergerac (signée le 22 mai 2015) ;
- Le Centre hospitalier de Sarlat (signée le 1^{er} décembre 2011) ;
- L'Unité d'Hébergement Renforcée de l'EHPAD de La Madeleine à Bergerac (signée le 1^{er} avril 2018) ;
- Le Centre hospitalier de Belvès (signée le 10 août 2012) ;
- La pharmacie de Siorac pour la préparation des doses à administrer et la dispensation des médicaments (signée le 1^{er} novembre 2018) ;
- Le laboratoire de biologie médicale NOVABIO au Bugue.

Par ailleurs, l'établissement dispose également de conventions pour :

- Le prêt du mini-bus de l'EHPAD du Canton de Saint Cyprien (depuis le 1^{er} janvier 2018) ;
- Le portage de repas de l'EHPAD vers l'accueil de loisirs du Buisson de Cadouin (depuis le 22 novembre 2017) ;
- La venue des bénévoles de l'Association « Le Passage » au sein de l'EHPAD (depuis le 2 septembre 2016).

2) 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.

3) 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.

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 des établissements et services de l'EHPAD de CADOUIN, entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le CPOM s'inscrit dans la mise en œuvre de la réforme tarifaire, applicable depuis le 1er janvier 2017 pour les EHPAD et PUV tarifées au GMPS.

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressource par la mise en place de forfaits *sur les soins et la dépendance* en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis. Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires peuvent être mis en place pour financer :

- D'une part, les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés...)
- Accompagner, d'autre part, les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge de 7 ans (2017-2023) durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance..

Il ne peut être dérogé à ce rythme de convergence dans le cadre du CPOM.

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

3.1.1 - Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R. 314-159 du CASF)

Le forfait global soins de l'EHPAD de Cadouin relève du tarif partiel sans PUI.

Le forfait global relatif aux soins 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.

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 ...).

Dans ce cadre, lors de nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Les valeurs GMPS pour l'EHPAD de CADOUIN ont été actualisées en février 2018. Le GMP, validé le 09/02/18, s'établit à 767 tandis que le PMP, validé le 08/02/18, est évalué à 206. Il en résulte une dotation reconductible cible estimée à 1 163 931€ au 01/01/2019, soit une convergence positive à hauteur de +44 629€ sur 5 ans à compter de 2019.

Le montant du forfait global de soins peut être modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon les modalités prévues par l'article R 314-160 du CASF.

Les financements complémentaires peuvent également l'être en fonction de l'activité réalisée (R314-161 CASF).

La mise en œuvre de ces modalités sera précisée, le cas échéant, dans le Rapport d'Orientation Budgétaire.

La DGC propre aux établissements et services, financés 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) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

3.1.2 - Une DGC propre aux établissements et services, financés par le Département composée du forfait global relatif à la dépendance (R. 314-172 du CASF)

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.

3.1.3 – La tarification de l'hébergement

Le Tarif Hébergement est fixé pour 5 ans dans le présent contrat dans les conditions des articles R314-179 et suivants du CASF. Il est calculé en divisant le montant des charges nettes d'exploitation afférentes à l'hébergement par la moyenne, sur les trois années qui précèdent l'exercice, du nombre effectif de journées de personnes accueillies dans l'établissement, sauf si l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans ou en cas de circonstances particulières.

Ainsi, pour l'EHPAD de CADOUIN, la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat, soit 1 725 322,74 € pour la section hébergement.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul.

	Hébergement
Groupe 1/Titre 1	362 945,00€
Groupe 2/Titre 3	981 128,22€
Groupe 3/Titre 4	396 857,80€
Total dépenses	1 740 931,12€
- recettes en atténuation	25 054,00€
- résultat reconduit	- 9 445,62€
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	
= Dotation globalisée initiale	1 725 322,74 €

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

3.1.4 – Dispositions communes aux financeurs

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles.

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

L'EHPAD de CADOUIN peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R314-227 et 228 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.

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond (Art R314-40 CASF). En conséquence, le montant de la dotation reconductible à prendre en compte, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

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

3.2.. Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

Les dotations globalisées communes des établissements et services financés respectivement par :

- l'Assurance Maladie, d'une part,
- le Département, d'autre part,

sont arrêtées respectivement en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

Chaque DGC octroyée à l'établissement 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 chaque autorité de tarification, l'EHPAD de CADOUIN transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement

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.

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

- versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF,
- actualisée dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent contrat.

3.3.. Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 01/01/2019 se répartit comme suit :

La dotation globalisée « de référence » correspond aux moyens reconductibles disponibles l'année de signature du contrat (avant actualisation, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations soins Au 1/01/2019 (en €)	Dont forfait global de soins HP	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
240002154	EHPAD de CADOUIN	1 119 302.66 €	1 119 302.66 €	
TOTAL GENERAL		1 119 302,66€	1 119 302,66€	

➤ La DGC des établissements et services financés par le Département se répartit comme suit :

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations dépendance au 1/01/ 2019 (en €)	Dont forfait global dépendance	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
		505 421,91€	505 421,91€	
TOTAL GENERAL		505 421,91 €	505 421,91 €	

➤ Conformément à l'article L. 313-14-2 du CASF, l'ARS et le Conseil départemental pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

1. Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
2. Des recettes non comptabilisées.

Cette récupération viendra en déduction de la tarification de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant d'un financement Assurance-Maladie :

Pour les CPOM signés en 2018 : le résultat antérieur N-2 a été arrêté par l'ARS et sera affecté au regard de l'application des articles R 314-51 et R314-104 du CASF [hors ESMS rattachés à un Etablissement de santé public]

S'agissant des CPOM signés à compter de 2019, les autorités de tarification pourront s'opposer à la proposition d'affectation des résultats antérieurs N-1 et N-2 prévue par l'organisme gestionnaire, en application de l'article R314-234 du CASF sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant de la section hébergement, l'étude sera faite à l'occasion de la décision tarifaire N+2.

3.4.. Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit

Lorsque la dotation globalisée est financée par l'Assurance Maladie et qu'elle porte sur des établissements et services implantés dans plusieurs départements d'une même région, une caisse pivot régionale est désignée dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

Au regard des articles R174-9, R174-16-1 et 16-2 du CASF, le présent contrat désigne :

- l'organisme d'assurance maladie, comme unique caisse pivot, chargée du versement de la dotation globalisée commune,
- l'établissement, le service ou la personne morale signataire du contrat pour percevoir cette dotation.

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de Dordogne
- l'EHPAD de CADOUIN signataire du contrat.

L'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime.

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désigné supra.

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

Le principe retenu est celui d'une affectation des résultats par le gestionnaire conformément :

- aux modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF)
- aux dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

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. Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

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.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD.

Pour les établissements publics, cette dérogation n'est pas nécessaire car il existe déjà un bilan unique au niveau de l'entité juridique.

Une exception aux règles d'affectation des résultats concerne les EHPAD relevant du L 342-1 CASF : les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendances ne peuvent être affectés en réserve d'investissement, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissement (R. 314-234 et R. 314-244 du CASF)

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat 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. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couverte, 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 et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

Priorités de l'ARS et du Conseil départemental

Ainsi il est convenu que les résultats excédentaires soient affectés au regard des trois volets suivants mais prioritairement :

- A la couverture des déficits antérieurs,
- Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal :
 - à 10 % de la dotation globalisée commune « soins » reconductible du CPOM,

▪ Enfin sur les 3 volets suivants (le cas échéant) :

↳ 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 en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation -...)

↳ Volet Ressources humaines

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

3.6.. 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.

L'EPRD comprend un PGFP définissant notamment les orientations pluriannuelles de financement des établissements et services concernés.

Le PGFP n'a pas vocation à être approuvé en tant que tel. Les PPI restent en revanche approuvés structure par structure ou globalement au niveau de l'association en vertu des dispositions de l'article R. 314-20 du CASF.

3.7.. 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

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 (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 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, la personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu aux articles L. 314-7-1 et L. 313-12 pour les établissements relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

- ❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, 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) et au plus tard le 30 juin de l'exercice 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)

- ❖ L'EHPAD de CADOUIN dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1 s'agissant de l'ERRD.

- ❖ L'EHPAD de CADOUIN transmettra à l'ARS une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. 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.

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.

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.

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.

7) 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 de CADOUIN signataire.

8) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2019, pour une durée de 5 ans.

9) PENALITES FINANCIERES – 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 le

Le Directeur de la Délégation
Départementale de la Dordogne
par intérim
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

Le représentant de l'établissement

Mme Camille LE DUOT

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 : La synthèse du diagnostic partagé

Cette annexe explique les modalités de réalisation du diagnostic partagé (documents consultés, participation des personnels...) et ses principaux enseignements. Elle permet d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Elle sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM.

Cette synthèse doit aussi permettre d'apprécier la conformité des établissements et services du CPOM aux normes en vigueur et notamment celles relatives aux établissements recevant du public (type U ou J). Elle s'appuie notamment sur le dernier procès-verbal de la commission de sécurité et d'accessibilité, obligatoirement transmis.

- ANNEXE 2 : Les fiches actions
- ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs

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).

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

- ANNEXE 4 : 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 5 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe

> CONTENU DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Le diagnostic partagé de l'EHPAD de Cadouin a été réalisé avec l'équipe encadrante (cadre de santé, médecin coordonnateur, adjoint des cadres) sur le mois de mars 2018, puis revu en prenant en compte les remarques de l'ARS et du Conseil départemental en avril 2018.

Celui-ci fait état de la situation de l'EHPAD de Cadouin au 1^{er} janvier 2018, soit un an avant la signature du CPOM.

L'EHPAD de Cadouin est un établissement autonome de la Fonction Publique Hospitalière disposant de 88 places d'hébergement permanent (cf. arrêté conjoint ARS/CD du 10 avril 2018). Il ne dispose pas d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour. Néanmoins, le projet architectural de l'établissement comprend une place d'hébergement temporaire et une chambre visiteurs.

La dernière évaluation interne de l'établissement date de Juillet 2014 et l'évaluation externe d'Août-Novembre 2014. Les prochaines évaluations auront lieu en Juillet 2019 pour l'interne et en Juillet 2022 pour l'externe.

Par ailleurs, en tant qu'Établissement Recevant du Public (ERP) de type U de 4^{ème} catégorie, la dernière visite de la Commission sécurité incendie date du 24 avril 2018, suivi d'une réunion de la commission plénière de sécurité à la Sous-préfecture de Bergerac le 21 juin 2018. Suite à cette réunion, l'établissement a reçu un avis favorable de la commission de sécurité incendie avec des réserves à lever.

Situé au Sud du département de la Dordogne entre Bergerac et Sarlat, l'EHPAD de Cadouin fait partie d'un GCSMS de 7 EHPAD publics, le « GCSMS Sud Dordogne » comprenant les EHPAD de Beaumont-du-Perigord, Le Bugue, Le Canton de Saint Cyrien, Eymet, Lalinde et Monpazier (cf. convention constitutive du GCSMS du 26 novembre 2010).

Dans ce cadre, l'établissement prend part à la mutualisation des gardes de direction, aux programmations de formations inter-établissements, à la diffusion et à l'harmonisation de bonnes pratiques (au travers de réunions de catégories de professionnels), à la mise en conformité des documents réglementaires, et au développement de projets communs sur le territoire.

Ainsi, c'est dans le cadre du GCSMS que l'établissement s'est inscrit dans le développement de la Télémédecine en répondant à l'Appel à Projet (AAP) de l'ARS Nouvelle Aquitaine de Juillet 2018. Le GCSMS a également répondu à l'AAP de la Conférence des financeurs pour la promotion de l'activité physique adaptée en Octobre 2018.

Enfin, l'établissement entend participer au développement des mutualisations au sein du GCSMS, que ce soit en termes d'achats, de ressources humaines ou de qualité et gestion des risques. A ce sujet, un des objectifs du GCSMS sera de développer son service de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) en reconnaissant l'activité du Préposé MJPM du GCSMS qui est aujourd'hui dévolue à une des adjointes administratives de l'EHPAD de Cadouin (autorisée pour 30 mesures, soit l'équivalent d'un 0.6 ETP).

L'EHPAD de Cadouin travaille également en partenariat avec les établissements de santé et médico-sociaux du secteur du Sarladais et du Bergeracois dans l'objectif d'améliorer l'accompagnement et le parcours de santé des personnes accueillies.

Ainsi, l'établissement dispose de nombreuses conventions de partenariats (pour la HAD, les soins palliatifs, la psychiatrie, l'admission en Unité d'Hébergement Renforcé, etc.). Toutefois, certaines conventions n'ayant pas été revues depuis longtemps, il sera nécessaire pour l'établissement de les réactualiser au cours du CPOM afin de faire vivre ces partenariats.

De la même façon, l'établissement n'a pas de convention de partenariat établie avec un cabinet dentaire. Ainsi, de même que pour les déficiences visuelles et auditives, l'établissement a pour objectif de rechercher de nouveaux partenariats pour favoriser la prévention des soins bucco-dentaires, ainsi que des déficiences visuelles et auditives.

L'EHPAD de Cadouin se situe également dans une politique d'amélioration de la qualité et de la prévention des risques vis-à-vis des résidents comme des professionnels.

Ainsi, l'EHPAD est inscrit depuis 2016 dans un projet de prévention des risques professionnels nommé « Prev'Action ». C'est dans ce cadre que l'établissement a pu former et nommer une animatrice HAPA coordinatrice du projet, puis mettre à jour le document unique et définir des actions de prévention à mettre en place pour maîtriser ces risques.

Il ressort des constats que l'établissement fait face, depuis des années, à de forts taux d'absentéisme. Etabli à 16,33% en 2017; il était de 12,29% en 2016, de 17,71% en 2015, 18% en 2014 et 14% en 2013. Par ailleurs, on compte un agent titulaire en mi-temps thérapeutique et, actuellement, 3 personnes sur des postes aménagés (dont une en arrêt maladie prolongé depuis un an).

La cause principale de ces accidents du travail a été la manutention des résidents, avec pour conséquences des lombalgies et discopathies qui font parties des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). On note aussi l'épuisement d'un grand nombre de professionnels d'après les retours d'enquêtes qui ont été menées dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels et des enquêtes sur la qualité de vie au travail de 2016 et 2017.

Ainsi, les principales actions qui découlent du projet de prévention des risques professionnels sont de former l'ensemble du personnel à devenir acteur de leur prévention grâce à la formation PRAP 2S (personnel soignant) et PRAP IBC (personnel logistique et technique). L'objectif étant de permettre à chaque salarié d'avoir une meilleure analyse de sa situation de travail et de mieux connaître les risques liés à leur activité physique afin de les maîtriser et de proposer des solutions. Par ailleurs, il s'agira d'aménager une salle dédiée à la formation au niveau du 4^{ème} étage (étage aujourd'hui inoccupé). Puis, enfin, le risque principal résidant dans la manutention des personnes, l'établissement a également pour projet d'équiper le maximum de chambres / salles de bains / WC en rails de transferts pour faciliter les manipulations, sécuriser les résidents lors des transferts et limiter les TMS.

Toujours dans un même souci d'amélioration de la qualité, l'EHPAD a également pour objectif de développer encore davantage la stimulation des fonctions cognitives et psychomotrices des résidents en prévention de la perte d'autonomie.

A ce sujet, l'EHPAD de Cadouin produit aujourd'hui quotidiennement du « manger mains » pour une quinzaine de personnes en ayant besoin, midi et soir. Il s'agit du plat du jour dont la texture est modifiée pour pouvoir être mangée avec les mains. Mise en place depuis 2014, cette texture a permis aux résidents qui ne savaient plus comment se servir de leurs couverts de retrouver le plaisir de manger. On note depuis une diminution de moitié des dénutritions sévères, une diminution des fausses routes et une préservation de l'autonomie des résidents. Notre objectif sera donc de préserver ce dispositif malgré la perte de moyens humains lié à la nouvelle réglementation relative aux contrats aidés.

Par ailleurs, l'établissement a également pour projet d'aménager les espaces extérieurs de façon à sécuriser et rendre libre l'accès au parc et à la terrasse du 1^{er} étage. En effet, aujourd'hui ces accès ne sont pas adaptés aux personnes à mobilité réduite ou désorientées.

Enfin, la toiture de l'établissement n'a pas été rénovée depuis l'ouverture. Or, celle-ci est en très mauvais état (tuiles cassées qui se décrochent et tombent, tuiles gelées, trous d'infiltration...etc.). La sécurisation des espaces extérieurs passera donc aussi par la rénovation de la toiture.

Toutes ces actions seront reprises dans le PPI de l'établissement qui doit encore faire l'objet d'une approbation des autorités de tarification. En effet, même si l'établissement assainie sa situation budgétaire au niveau de l'exploitation depuis 2016, celui-ci ne dispose pas de suffisamment de capacité d'autofinancement pour financer la totalité de ses investissements sur les 10 années à venir. L'établissement doit donc pouvoir avoir recours à un nouvel emprunt, ce qui nécessite de renégocier les emprunts contractés antérieurement.

ANNEXE N° 2 : FICHES ACTIONS

AXE 1 : PARCOURS ET COODINATION

Fiche Action N°1	
DEVELOPPEMENT ET RENFORCEMENT DES ACTIONS DE COOPERATION ET DE PARTENARIATS POUR UNE AMELIORATION DE LA COORDINATION DES SOINS	
<i>Référent (personne ou institution) : Direction, Cadre de santé, Médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	<p>Nous rencontrons parfois une inadéquation entre la qualité des soins que nous cherchons à procurer et ce que nous pouvons réellement faire. Il s'avère donc nécessaire de développer des partenariats, entre professionnels de santé, pour faciliter le parcours de santé des personnes accueillies et procurer les bons soins aux bons moments et de manière coordonnée.</p> <p>Néanmoins, aujourd'hui, malgré la signature de plusieurs conventions, nous rencontrons encore certains disfonctionnements dans la coordination des soins que nous souhaitons procurer à nos résidents.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mettre en place des partenariats cohérents pour faciliter le parcours de santé des personnes accueillies et répondre au mieux à leurs besoins
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Réactualiser nos conventions de partenariats (HAD, équipes mobiles de soins palliatifs, Centres hospitaliers...) - Créer de nouveaux partenariats (UHR, PTA, MAIA...)
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Centres hospitaliers du secteur (CH de Belvès, CH de Bergerac, CH de Sarlat, CH de Montpon, etc.) - Clinique Pasteur à Bergerac (service d'HAD des Pays Bergeracois et Foyen) - Centre de santé Saint Vincent de Paul au Buisson de Cadouin - EHPAD, FAM et MAS du secteur du bergeracois et du sarladais - GCSMS Sud Dordogne - Plateforme territoriale d'appui de Dordogne - MAIA du Bergeracois
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de temps de réunion avec les différents partenaires (compte-rendu de réunions) - Existence de conventions avec les différents partenaires (conventions et/ou avenants signé(e)s) <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents/ an pris en charge par la HAD et durée de prise en charge - Nombre de résidents/ an pris en charge par l'équipe mobile de soins palliatifs - Taux de transfert de résidents en fin de vie vers une unité de soins palliatifs (ou en lit identifié de soins palliatifs) - Nombre de résidents transférés en UHR et durée de prise en charge - Taux de transfert mensuel de personnes âgées aux urgences (et nombre de transfert hospitalier de nuit)
Points de vigilance	Veiller au bon respect des conventions signées
Bonnes pratiques à promouvoir	Evaluation des partenariats

Fiche Action N°2

AMELIORATION DU PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

Référent (personne ou institution) : Direction, Cadre de santé, Médecin coordonnateur, Psychologue, Adjointe administrative responsable de l'accueil des résidents

<p>Constat du diagnostic</p>	<p>L'accueil de personnes en situation de handicap en EHPAD demande un temps de préparation et d'accompagnement généralement assez long au vu de leur parcours. En effet, il s'agit bien souvent de personnes ayant passé une grande partie de leur vie en institution. Le changement de structure est donc souvent plus difficile à appréhender que pour d'autres personnes venant de leur domicile.</p> <p>Il est donc important qu'un projet puisse être construit avec ces personnes pour que l'entrée en EHPAD, si elle s'avère nécessaire, se fasse de la meilleure manière possible.</p>
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>Préparer au mieux l'entrée et le séjour des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD, dans le respect de ses choix, de son mode de vie et en prenant en compte ses capacités et les potentialités d'aide de son environnement.</p>
<p>Description de l'action</p>	<p>Faciliter l'accueil des personnes âgées en situation de handicap par la création de partenariats avec les structures d'accueil de personnes en situation de handicap (FAM, MAS...).</p>
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p>FAM et MAS du secteur du Bergeracois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - FAM « Le Bercaïl » à Sainte Foy de Belvès - FAM « Bourg d'Abren » à SAINT PIERRE D'EYRAUD, FAM « Château Rivière » à Bergerac et FAM « La Famille » à La Force gérés par la Fondation John Bost ; - FAM « Les Muscadelles » à Bergerac, FAM « Monpazier » à Monpazier gérés par les Papillons Blancs ; - MAS de la Fondation John Bost à La Force ; - MAS « Héliodore » de l'ADAPEI à Périgueux... etc.
<p>Moyens nécessaires</p>	
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>2020</p>
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de temps de réunion avec les différents partenaires (compte-rendu de réunions EHPAD/ESMS PH) - Liste des partenariats avec des structures accueillant des personnes en situation de handicap - Formation et/ou sensibilisation du personnel sur les différentes formes de handicap et les modalités d'accompagnement de ces personnes <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes âgées en situation de handicap accueillies au sein de l'établissement (nombre d'entrées/an) - Nombre de personnes âgées en situation de handicap accueillies au sein d'établissement de type FAM/MAS ayant visité l'EHPAD en vue d'une entrée
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<p>Evaluation des partenariats</p>

Fiche Action N°3 PREVENTION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES	
<i>Référent (personne ou institution) : Cadre de santé, Médecin coordonnateur et IDE référente</i>	
Constat du diagnostic	<p>Les personnes accueillis au sein de l'EHPAD ne bénéficient pas systématiquement d'un bilan bucco-dentaire (que ce soit à l'entrée ou au cours du séjour), même si celui-ci est demandé dans le dossier d'admission.</p> <p>Plusieurs agents ont été formés en 2016 par l'UFSBD pour la mise en place de mesures de prévention de l'hygiène bucco-dentaire : une infirmière, une aide-soignante et deux agents faisant fonction d'aide-soignant(e)s. Ils sont aujourd'hui « référents » sur l'hygiène bucco-dentaire.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la prévention des soins bucco-dentaire afin de lutter contre la douleur et les risques de dénutrition.
Description de l'action	Proposer un audit bucco-dentaire à l'ensemble des résidents et assurer un suivi des soins à réaliser.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Cabinets dentaires du secteur - Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)...
Moyens nécessaires	Partenariat via une convention avec un cabinet dentaire ou avec un institut d'odontostomatologie (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire de Nouvelle Aquitaine à Bordeaux notamment)
Calendrier prévisionnel	2021 échéance intermédiaire 2023 échéance finale
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un partenariat avec un cabinet dentaire ou un institut d'odontostomatologie <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission (nombre de résidents bénéficiant d'un bilan bucco-dentaire/ nombre de résidents entrants) - Nombre de personnes ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire dans le cadre d'un partenariat/ an
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	S'assurer de la réalisation de l'audit et des soins bucco-dentaires

Fiche Action N°4
PREVENTION DES DEFICIENCES AUDITIVES

Référent (personne ou institution) : Direction, Cadre de santé, Médecin coordonnateur

Constat du diagnostic	Les personnes accueillies au sein de l'EHPAD ne bénéficient pas systématiquement d'un bilan auditif.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la prévention des déficiences auditives afin de lutter contre l'isolement et la douleur.
Description de l'action	Faire appel au Centre ressource pour la déficience auditive et visuelle de la Dordogne, le Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile du Centre d'Ailhaud Castelet, afin de former le personnel de l'EHPAD aux actions de prévention à mettre en œuvre pour accompagner les résidents de manière adaptée à leurs besoins.
Identification des acteurs à mobiliser	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile du Centre d'Ailhaud Castelet
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariats - Formation du personnel
Calendrier prévisionnel	Chaque année du CPOM en cours
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un partenariat avec le Centre ressource « Ailhaud Castelet » - Formation et/ou sensibilisation du personnel sur les différentes formes de handicap et les modalités d'accompagnement de ces personnes <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'interventions annuelles du Centre ressource « Ailhaud Castelet » - Nombre de résidents accompagnés dans le cadre de la prévention des déficiences auditives / an
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Evaluation des partenariats

Fiche Action N°5 PREVENTION DES DEFICIENCES VISUELLES	
<i>Référent (personne ou institution) : Direction, Cadre de santé, Médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	Les personnes accueillies au sein de l'EHPAD ne bénéficient pas systématiquement d'un bilan visuel.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la prévention des déficiences visuelles afin de lutter contre l'isolement et la perte d'autonomie des personnes accueillies.
Description de l'action	Faire appel au Centre ressource pour la déficience auditive et visuelle de la Dordogne, le Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile du Centre d'Ailhaud Castelet, afin de former le personnel de l'EHPAD aux actions de prévention à mettre en œuvre pour accompagner les résidents de manière adaptée à leurs besoins.
Identification des acteurs à mobiliser	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile du Centre d'Ailhaud Castelet
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariats - Formation du personnel
Calendrier prévisionnel	Chaque année du CPOM en cours
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un partenariat avec le Centre ressource « Ailhaud Castelet » - Formation et/ou sensibilisation du personnel sur les différentes formes de handicap et les modalités d'accompagnement de ces personnes <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'interventions annuelles du Centre ressource « Ailhaud Castelet » - Nombre de résidents accompagnés dans le cadre de la prévention des déficiences visuelles/ an
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Evaluation des partenariats

Fiche Action N°6
DIRECTIVES ANTICIPÉES

Référent (personne ou institution) : Psychologue

Constat du diagnostic	Quasiment aucun résident n'a rédigé de directives anticipées avant de rentrer à l'EHPAD et celles-ci ne sont pour le moment pas recueillies systématiquement au cours du séjour.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Faire en sorte de recueillir systématiquement les directives anticipées des personnes accueillies afin de connaître leurs volontés en cas de fin de vie.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un modèle de directives anticipées accessible et compréhensible en se basant sur les modèles proposés par la Haute Autorité de Santé ; - Elaborer un protocole de recueil des directives anticipées au sein de l'EHPAD ; - Organiser le recueil des directives anticipées pour les personnes déjà accueillies au sein de l'EHPAD ; - Suivre la mise en œuvre du protocole de recueil des directives anticipées une fois celui-ci réalisé ; - Outre les résidents, sensibiliser l'ensemble du personnel et des familles et proches des résidents au recueil des directives anticipées.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Résidents - Familles – Responsables légaux - Personnes de confiance - Personnel soignant
Moyens nécessaires	Fiches pratiques et protocoles de la HAS
Calendrier prévisionnel	2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un protocole de recueil des directives anticipées - Taux de recueil des directives anticipées (nombre de résidents ayant été sollicités pour rédiger leurs directives/nombre total de résidents ; nombre de résidents ayant refusé de rédiger leurs directives/nombre total de résidents sollicités pour rédiger leurs directives) <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de recueil des directives anticipées (nombre de résidents ayant rédigé des directives anticipées/nombre total de résidents)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Veiller au bon respect des directives anticipées quand elles sont faites</p> <p>Sensibiliser l'ensemble du personnel et des habitants du village à la rédaction des directives anticipées pour que cela devienne un réflexe et une habitude, avant que la personne ne soit plus en mesure de s'exprimer.</p>

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N°7 AMELIORATION DES DROITS DES USAGERS	
Réfèrent (personne ou institution) : Direction	
Constat du diagnostic	<p>6 des 7 établissements du GCSMS Sud Dordogne sont concernés par l'obligation légale de disposer d'un Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM) car étant au-dessus du seuil de 80 lits. Par délibérations de leur Conseil d'Administration respectif, ces EHPAD ont souhaité transférer leur compétence de mandataire judiciaire au GCSMS, ce que le groupement a validé en Assemblée Générale.</p> <p>Aujourd'hui, cette fonction est assurée par Madame MASSIAS Natasha, adjoint administrative au sein de l'EHPAD de Cadouin. L'activité de MJPM est autorisée pour un maximum de 30 mesures simultanées, ce qui représente 0.6 ETP. Un coût pour les établissements qui n'est pour le moment pas encore prévu au sein de nos budgets respectifs.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Avec la Loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, le législateur avait pour objectif d'offrir à la personne protégée un accompagnement tutélaire de proximité qui s'inscrit dans la continuité des soins et de l'accompagnement qui lui sont prodigués.
Description de l'action	Permettre le financement de 0.6 ETP de préposé MJPM pour le GCSMS Sud Dordogne afin que celui-ci puisse exercer ses fonctions comme le prévoit la réglementation.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil départemental - Juge des tutelles - GCSMS Sud Dordogne
Moyens nécessaires	0.6 ETP de préposé MJPM (demandé dans le cadre des Budgets Prévisionnels 2018 et 2019 détaillés pour le GCSMS Sud Dordogne).
Calendrier prévisionnel	2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un temps de travail dédié au Préposé MJPM pour les établissements du GCSMS Sud Dordogne (0.6 ETP au titre du GCSMS) - Nombre de mesures attribuées au Préposé MJPM par le juge des tutelles <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'activité annuel du GCSMS (activité du service MJPM)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Veiller au respect de l'indépendance du Préposé MJPM au sein de chaque établissement</p> <p>Organisation du travail et planification des passages au sein des établissements (avec information des résidents)</p>

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°8	
AMELIORATION DE LA PREVENTION, DU DEPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION	
<i>Référent (personne ou institution) : Chef de cuisine / Diététicien(ne) / Cadre de santé</i>	
Constat du diagnostic	<p>Aujourd'hui, la texture « manger mains » est produit pour une quinzaine de résidents tous les jours et nous constatons une nette amélioration de la nutrition et de l'autonomie physique et cognitive des résidents bénéficiant de cette texture (diminution de moitié des dénutritions sévères, stimulation de l'appétit, reprise d'autonomie, etc.).</p> <p>Il ressort également des enquêtes de satisfaction que les résidents et leurs familles sont très satisfaits de la prestation qui leur est proposée au niveau de l'alimentation. Enfin, l'EHPAD de Cadouin est aujourd'hui un établissement pilote en matière de « manger mains » puisque 2 agents de l'établissement effectuent des formations à ce sujet pour le compte de FORMA2F et, parallèlement, en interne, l'établissement accueille régulièrement des établissements venus de toute la région pour présenter ce concept et accompagner le développement de leurs projets.</p> <p>Le projet de fabrication du « manger mains » a été lancé en mai-juin 2013 et a pu être mis en place, tous les jours, à compter de 2015, grâce à l'octroi d'1 ETP supplémentaire au niveau du service de cuisine/hôtellerie. Il s'agissait alors d'une personne en contrat d'avenir, travaillant sur une base de 35h (recrutée du 25.01.2015 au 25.01.2018). Ayant pu constater que la production du « manger mains » avait un bénéfice certain sur les résidents, nous souhaitons pérenniser cette action et continuer d'accompagner les établissements qui nous sollicitent pour développer ce projet.</p> <p>Par ailleurs, nous souhaiterions développer la prévention de la dénutrition à domicile, notamment auprès des personnes à qui nous portons les repas.</p> <p>Après évaluation de notre organisation du travail par le cabinet AD-VENIR, il a été constaté que le temps de préparation pour la fabrication du manger mains représente 3h/jour en cuisine (soit 1095 heures/ an), ce qui équivaut à 0,71 ETP, sans compter le temps dédié à l'accueil d'autres établissements.</p> <p>De plus, nous avons également pu constater qu'avec 0.2 ETP la diététicienne actuellement présente au sein de l'établissement n'a pas le temps d'effectuer un suivi nutritionnel complet des résidents et se limite principalement à la vérification des menus.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition et maintenir le développement de l'autonomie des résidents procurés par la fabrication du « manger mains ».
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Continuer de proposer la texture « manger mains » de manière systématique à tous les résidents qui en ont besoin, midi et soir, tous les jours de l'année ; - Continuer d'accueillir tous les établissements ou structures souhaitant se lancer dans le développement de ce projet ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les actions de la diététicienne : effectuer un bilan d'entrée pour chaque résident ; observer les repas ; relever et suivre les fausses routes ; évaluer la consommation réelle du résident et suivre la consommation des CNO ; mettre en place une politique de suivi de l'albumine nécessitant la coopération des médecins traitants ; continuer de suivre mensuellement le pourcentage de dénutrition et les actions mises en place pour lutter contre la dénutrition ; comparer la courbe de suivi de la dénutrition avec les moyennes nationales. - Développer un suivi nutritionnel régulier des personnes à domicile bénéficiant du portage de repas de l'EHPAD
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Service de cuisine / hôtellerie - Diététicien(ne) - Référents dénutrition (IDE et AS) - Cadre de santé - Médecin coordonnateur
Moyens nécessaires	<p>+ 1 ETP de cuisinier(e) + 0.3 ETP de diététicien(ne)</p> <p>Ces moyens seront demandés dans le cadre d'AAP et AAC, notamment dans le cadre de l'appel à candidature « EHPAD Pôle ressources de proximité ».</p>
Calendrier prévisionnel	2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de résidents bénéficiant d'une pesée mensuelle - Mise en place d'un tableau de suivi nutritionnel mensuel - Suivi du nombre de résidents bénéficiant du « manger mains » (nombre de résidents mangeant en « manger mains »/nombre total de résidents) - Taux de personnes avec portage à domicile bénéficiant d'un suivi diététique - Nombre d'établissements et/ou services ayant été accueillis au sein de l'établissement pour une formation/sensibilisation sur le « manger mains » <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evolution du taux de dénutrition des résidents (analyse du tableau de suivi nutritionnel mensuel) - Evolution du taux de dénutrition des personnes avec portage à domicile (analyse des bilans nutritionnels effectués par la diététicienne) - Enquêtes de satisfaction des usagers / des familles (volet alimentation)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Veiller à continuer d'alerter quand une personne nécessite du « manger mains »</p> <p>Accompagner les établissements du secteur (EHPAD, FAM, MAS....) dans leurs projets de mise en place du « manger mains »</p>

Fiche Action N°9 STIMULATION DES FONCTIONS COGNITIVES ET PSYCHOMOTRICES EN PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE	
<i>Référent (personne ou institution) : Psychologue, Cadre de santé, Animatrices</i>	
Constat du diagnostic	<p>Actuellement, l'établissement ne propose pas de programmes d'activation cérébrale animé par le psychologue.</p> <p>La stimulation des fonctions cognitives et psychomotrices des résidents pourrait être développée avec davantage de temps et de lieux dédiés.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Amélioration ou maintien des fonctions cognitives et psychomotrices des résidents
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Aménagement du parc et de la terrasse du 1^{er} étage afin de rendre accessible et de sécuriser les espaces extérieurs de l'établissement (cf. projet de réalisation d'un jardin de vie adapté) - Organiser, dans le parc, des ateliers visant à stimuler les fonctions cognitives et psychomotrices des résidents : activités physiques adaptées associant les personnes âgées et les enfants (plantations, jardinage, jeux de quilles, boulodrome...) ; parcours de santé ; - Accompagner les résidents vers l'extérieur (aide à la marche, stimulation sensorielle et cognitive...) - Mettre en œuvre des programmes d'activation cérébrale animés par le psychologue de l'établissement
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologue - Cadre de santé et équipe soignante - Equipe d'animation - Service technique
Moyens nécessaires	Subventions et/ou emprunts qui pourront être approuvés par les autorités de tarification dans le cadre du PPI (pour l'aménagement des espaces extérieurs)
Calendrier prévisionnel	2019 pour la mise en œuvre de programmes d'activation cérébrale. 2023 pour l'aménagement du parc et de la terrasse du 1 ^{er} étage.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de programmes d'activation cérébrale proposés par le/la psychologue de l'établissement (nombre d'ateliers organisés/mois) - Réalisation effective de l'aménagement du parc et de la terrasse du 1^{er} étage <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Résultats des tests cognitifs - Fiches évaluatives des ateliers
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Suivi de la pérennisation des actions Evaluation des ateliers mis en place

Fiche Action N°10	
OUVERTURE VERS L'EXTERIEUR ET INTEGRATION DES FAMILLES ET DES PROCHES A L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS	
<i>Référent (personne ou institution) : Direction</i>	
Constat du diagnostic	Les familles et proches des résidents sont souvent en demande d'informations sur la pathologie et/ou les troubles de leur parent. Ainsi, le personnel a un rôle important à jouer pour les accompagner dans la compréhension du comportement de leur parent. Aujourd'hui, cela se résume essentiellement à des entretiens individuels.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Redévelopper les échanges vers l'extérieur et sensibiliser les familles/proches/habitants des communes alentours aux enjeux et problématiques de santé publique
Description de l'action	Mettre en place des réunions d'information et de sensibilisation, ouvertes au public, sur des thèmes de santé publique (une pathologie spécifique, les directives anticipées, la personne de confiance, le maintien à domicile, le don d'organe, etc.).
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Résidents - Familles / Proches des résidents - Professionnels de santé - Personnes politiques locales - Associations locales - DRAC - Toutes les personnes qui, à l'extérieur, sont intéressées par le thème évoqué
Moyens nécessaires	Moyens de communication (plateforme d'échange avec les familles et partenaires, site Internet...)
Calendrier prévisionnel	2019 (2 ^{ème} semestre)
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions d'information et de sensibilisation proposées/ an - Nombre de participants aux réunions <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes de satisfaction annuelles - Compte rendu des réunions - Résultats des questionnaires de satisfaction distribués pour chaque réunion
Points de vigilance	Choix des thèmes (à mettre en parallèle avec les personnes conviées)
Bonnes pratiques à promouvoir	Evaluation via les enquêtes de satisfaction

AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°11	
AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	
Réfèrent (personne ou institution): l'Adjoint des cadres, qui est aussi l'Animatrice « HAPA » (Hébergement et Accueil des Personnes Agées) de l'établissement	
Constat du diagnostic	<p>L'établissement fait face, depuis des années, à de forts taux d'absentéisme. Etablit à 16,33% en 2017 (2 013 jours d'absence pour raison de santé) ; il était de 12,29% en 2016, de 17.71% en 2015, 18% en 2014 et 14% en 2013. Par ailleurs, on compte un agent titulaire en mi-temps thérapeutique pour l'équivalent de 219 jours en 2017 et, actuellement, 3 personnes sont sur des postes aménagés (dont une en arrêt maladie prolongé depuis un an).</p> <p>La cause principale de ces accidents du travail a été la manutention des résidents, avec pour conséquences des lombalgies et discopathies qui font parties des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). On note aussi l'épuisement professionnel d'un grand nombre de professionnels d'après les retours d'enquêtes qui ont été menées dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels et des enquêtes sur la qualité de vie au travail de 2016 et 2017.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la qualité de vie au travail du personnel afin de limiter le risque de provoquer des accidents du travail et/ou des maladies professionnelles et contribuer, en ce sens, à améliorer la bienveillance du personnel envers les personnes accueillies au sein de l'établissement.
Description de l'action	<p>Réaliser les principales actions qui découlent du projet de prévention des risques professionnels « Prev'Action » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former l'ensemble du personnel à devenir acteur de leur prévention grâce à la formation PRAP 2S (personnel soignant) et PRAP IBC (personnel logistique et technique). L'objectif étant de permettre à chaque salarié d'avoir une meilleure analyse de sa situation de travail et de mieux connaître les risques liés à leur activité physique afin de les maîtriser et de proposer des solutions. - Aménager une salle dédiée à la formation au niveau du 4^{ème} étage - Equiper le maximum de chambres / salles de bains / WC en rails de transferts pour faciliter les manipulations, sécuriser les résidents lors des transferts et limiter les troubles musculo-squelettiques (TMS).
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - CARSAT - Autorités de tarification (ARS et Conseil départemental) - Organismes de formation
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Equipements en rails de transfert et achat de matériels ergonomiques - Aménagement d'une salle de formation

	<ul style="list-style-type: none"> - Temps d'animation dédié au Projet de prévention des risques professionnels « Prev'Action »
Calendrier prévisionnel	2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps de réunion du Groupe projet « Prev Action » - Nombre d'agents formés au PRAP 2S et PRAP IBC/ Nombre d'agents employés au sein de l'établissement - Nombre de chambres équipées en rails de transferts / Nombre de chambres faisables - Nombre de salles de bains et WC équipés en rails de transferts / Nombre de salles de bains et WC faisables <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'absentéisme (AT/MP) - Niveau de maîtrise du risque lié aux manutentions dans le DUERP - Niveau de maîtrise des risques psychosociaux dans le DUERP - Enquêtes de satisfaction du personnel - Enquêtes de satisfaction des résidents / des familles
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Veiller à ce que l'ensemble du personnel soit formé</p> <p>Retour des « fiches actions » / Suivi de l'analyse des risques professionnels</p>

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	
<p><u>Fiche action n° 1</u></p> <p>Mettre en place des partenariats cohérents pour faciliter le parcours de santé des personnes accueillies et répondre au mieux à leurs besoins</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de temps de réunion avec les différents partenaires (compte-rendu de réunions) - Existence de conventions avec les différents partenaires (conventions et/ou avenants signé(e)s) <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents/ an pris en charge par la HAD et durée de prise en charge - Nombre de résidents/ an pris en charge par l'équipe mobile de soins palliatifs - Taux de transfert de résidents en fin de vie vers une unité de soins palliatifs (ou en lit identifié de soins palliatifs) - Nombre de résidents transférés en UHR et durée de prise en charge - Taux de transfert mensuelle de personnes âgées aux urgences (et nombre de transfert 	<p>Renouvellement des conventions de partenariat et développement de nouveaux partenariats</p> <p>Echéance : 2020 (N+1)</p>						

	hospitalier de nuit)							
<p>Fiche action n° 2</p> <p>Préparer au mieux l'entrée et le séjour des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD, dans le respect de ses choix, de son mode de vie et en prenant en compte ses capacités et les potentialités d'aide de son environnement.</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de temps de réunion avec les différents partenaires (compte-rendu de réunions EHPAD/ESMS PH) - Liste des partenariats avec des structures accueillant des personnes en situation de handicap - Formation et/ou sensibilisation du personnel sur les différentes formes de handicap et les modalités d'accompagnement de ces personnes <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes âgées en situation de handicap accueillies au sein de l'établissement (nombre d'entrées/an) - Nombre de personnes âgées en situation de handicap accueillies au sein d'établissement de type FAM/MAS ayant visité l'EHPAD en vue d'une entrée 	<p>Accueil et accompagnement de personnes âgées en situation de handicap pour chaque demande faite auprès de l'établissement.</p> <p>Mise en place de partenariats avec le secteur du handicap local ou spécialisé.</p> <p>Liste des formations et interventions programmées et réalisées sur les différentes formes du handicap et les modalités d'accompagnement</p> <p>Echéance : 2020 (N+1)</p>						

<p>Fiche action n° 3</p> <p>Améliorer la prévention des soins bucco-dentaire afin de lutter contre la douleur et les risques de dénutrition.</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un partenariat avec un cabinet dentaire ou un institut d'odontostomatologie <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission (nombre de résidents bénéficiant d'un bilan bucco-dentaire/ nombre de résidents entrants) - Nombre de personnes ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire dans le cadre d'un partenariat/ an 	<p>Réalisation de bilans bucco-dentaires et suivi des soins à réaliser pour 50% des résidents</p> <p>Echéance : 2021 (N+2)</p> <p>Réalisation de bilans bucco-dentaires et suivi des soins à réaliser pour 70% des résidents</p> <p>Echéance : 2023 (N+4)</p>							
<p>Fiche action n° 4</p> <p>Améliorer la prévention des déficiences auditives afin de lutter contre l'isolement et la douleur.</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un partenariat avec le Centre ressource « Ailhaud Castelet » - Formation et/ou sensibilisation du personnel sur les différentes formes de handicap et les modalités d'accompagnement de ces personnes 	<p>Dépistage des déficiences par des professionnels extérieurs partenaires et accompagnement pour 50% des résidents par an</p> <p>Echéance : chaque année du CPOM</p> <p>Liste des formations et interventions programmées et réalisées</p>							

	<p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'interventions annuelles du Centre ressource « Ailhaud Castelet » - Nombre de résidents accompagnés dans le cadre de la prévention des déficiences auditives / an 							
<p>Fiche action n° 5</p> <p>Améliorer la prévention des déficiences visuelles afin de lutter contre l'isolement et la perte d'autonomie des personnes accueillies.</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un partenariat avec le Centre ressource « Ailhaud Castelet » - Formation et/ou sensibilisation du personnel sur les différentes formes de handicap et les modalités d'accompagnement de ces personnes <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'interventions annuelles du Centre ressource « Ailhaud Castelet » - Nombre de résidents accompagnés dans le cadre de la prévention des déficiences visuelles/ an 	<p>Dépistage des déficiences par des professionnels extérieurs partenaires et accompagnement pour 50% des résidents par an</p> <p>Echéance : chaque année du CPOM</p> <p>Liste des formations et interventions programmées et réalisées</p>						

<p>Fiche action n° 6</p> <p>Faire en sorte de recueillir systématiquement les directives anticipées des personnes accueillies afin de connaître leurs volontés en cas de fin de vie.</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un protocole de recueil des directives anticipées - Taux de recueil des directives anticipées (nombre de résidents ayant été sollicités pour rédiger leurs directives/nombre total de résidents ; nombre de résidents ayant refusé de rédiger leurs directives/nombre total de résidents sollicités pour rédiger leurs directives) <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de recueil des directives anticipées (nombre de résidents ayant rédigé des directives anticipées/nombre total de résidents) 	<p>100% des résidents sont interrogés pour le recueil des directives anticipées</p> <p>Echéance : 2023 (N+4)</p>										
<p>Fiche action n° 7</p> <p>Offrir à la personne protégée un accompagnement tutélaire de proximité qui s'inscrit dans la continuité des soins et de</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un temps de travail dédié au Préposé MJPM pour les établissements du GCSMS Sud Dordogne (0.6 ETP au titre du GCSMS) 	<p>Disposer de 0.6 ETP de temps de Préposé MJPM au sein du GCSMS Sud Dordogne, sous réserve de l'acceptation du financement par le Conseil départemental</p>										

<p>l'accompagnement qui lui sont prodigués.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de mesures attribuées au Préposé MJPM par le juge des tutelles <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'activité annuel du GCSMS (activité du service MJPM) 	<p>Echéance : 2019 (N)</p>						
<p>Fiche action n° 8</p> <p>Amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de résidents bénéficiant d'une pesée mensuelle - Mise en place d'un tableau de suivi nutritionnel mensuel - Suivi du nombre de résidents bénéficiant du « manger mains » (nombre de résidents mangeant en « manger mains »/nombre total de résidents) - Taux de personnes avec portage à domicile bénéficiant d'un suivi diététique - Nombre d'établissements et/ou services ayant été accueillis au sein de l'établissement pour une formation/sensibilisation sur le « manger mains » 	<p>Poursuivre la mise en place d'un suivi diététique mensuel pour 100% des résidents et proposer la texture « manger mains » quand cela s'avère nécessaire</p> <p>Echéance : 2019 (N)</p>						

	<p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evolution du taux de dénutrition des résidents (analyse du tableau de suivi nutritionnel mensuel) - Evolution du taux de dénutrition des personnes avec portage à domicile (analyse des bilans nutritionnels effectués par la diététicienne) - Enquêtes de satisfaction des usagers / des familles (volet alimentation) 						
<p>Fiche action n° 9</p> <p>Amélioration ou maintien des fonctions cognitives et psychomotrices des résidents</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de programmes d'activation cérébrale proposés par le/la psychologue de l'établissement (nombre d'ateliers organisés/mois) - Réalisation effective de l'aménagement du parc et de la terrasse du 1^{er} étage <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résultats des tests cognitifs - Fiches évaluatives des ateliers 	<p>Mettre en place un atelier de stimulation des fonctions cognitives (programme d'activation cérébrale) par mois pour un groupe de 10 résidents</p> <p>Echéance : 2019 (N)</p> <p>Aménagement du parc et de la terrasse du 1^{er} étage, sous réserve de l'acceptation du PPI par les autorités de financement</p> <p>Echéance : 2023 (N+4)</p>					
<p>Fiche action n° 10</p> <p>Redévelopper les échanges vers l'extérieur et sensibiliser les</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions d'information et de sensibilisation proposées/ 	<p>Mettre en place des réunions d'information et de sensibilisation à destination des aidants (2 réunions par</p>					

<p>familles/proches/habitants des communes alentours aux enjeux et problématiques de santé publique</p>	<p>an</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de participants aux réunions <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes de satisfaction annuelles - Compte rendu des réunions - Résultats des questionnaires de satisfaction distribués pour chaque réunion 	<p>an)</p> <p>Echéance : 2^{ème} semestre 2019 (N)</p>						
<p>Fiche action n° 11</p> <p>Améliorer la qualité de vie au travail du personnel afin de limiter le risque de provoquer des accidents du travail et/ou des maladies professionnelles et contribuer, en ce sens, à améliorer la bienveillance du personnel envers les personnes accueillies au sein de l'établissement.</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps de réunion du Groupe projet : « Prev Action » - Taux d'agents formés au PRAP 2S et PRAP IBC - Nombre de chambres équipées en rails de transferts / Nombre de chambres faisables - Nombre de salles de bains et WC équipés en rails de transferts / Nombre de salles de bains et WC faisables <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'absentéisme (AT/MP) - Niveau de maîtrise du risque lié aux manutentions dans le 	<p>Réviser le DUERP annuellement et mettre en place les actions de prévention des risques professionnels correspondantes</p> <p>Taux d'absentéisme d'environ 10%</p> <p>100% de chambres, de salles de bain et de WC identifiés équipables en rail</p> <p>100% des agents formés au PRAP 2S et PRAP IBC</p> <p>Echéance : 2023 (N+4)</p>						

	<p>DUERP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de maîtrise des risques psychosociaux dans le DUERP - Enquêtes de satisfaction du personnel <p>Enquêtes de satisfaction des résidents / des familles</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

**ANNEXE N°4 : HABILITATION A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE
DEPARTEMENTALE**



ARRÊTÉ DU **10 AVR. 2016**

N° SPAE -

relatif au renouvellement d'autorisation de
l'Établissement Hébergeant des Personnes Âgées
Dépendantes (EHPAD) de Cadouin et Cadour

Le Directeur général de l'Agence régionale de
santé Nouvelle-Aquitaine

Le Président du Conseil départemental 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. 313-24 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. 2214-1 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° 2008-873 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé
et aux territoires ;

VU la loi n° 2015-29 du 15 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales
et départementales et modifiant le calendrier électoral ;

VU la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

VU l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé
(ARS) et les unions régionales de professionnels de santé (URPS) à la nouvelle délimitation des
régions ;

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des ARS ;

VU le décret n° 2015-1550 du 11 décembre 2015 adaptant les ARS à la nouvelle délimitation des
régions et prorogeant le mandat des URPS regroupant les infirmiers ;

VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de M. Michel LAFORCADE en qualité de
Directeur général de l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes

Espace Rodez - 103bis, rue Balleinlis - CS 81704 - 33083 BORDEAUX Cédex
www.ars.nouvelle-aquitaine.sante.fr
Standard : 05 57 01 44 00 - Horaires d'ouverture au public : 09h30 - 16h30, vendredi 16h15

VU le décret n° 2016-1267 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Nouvelle-Aquitaine ;

VU les circulaires DGCS/SD5C/2011/388 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 2014-2019 ;

VU l'arrêté du 1^{er} mars 2012 modifié de la Directrice générale de l'ARS d'Aquitaine, portant adoption du projet régional de santé d'Aquitaine ;

VU le schéma régional d'organisation médico-sociale du projet régional de santé d'Aquitaine ;

VU le règlement départemental d'aide sociale adopté par délibération n° 14-195 du Conseil départemental du 31 janvier 2014 ;

VU la décision du 29 janvier 2018 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

VU le courrier DGSP/S92/PRI du 7 avril 1967 du ministre des affaires sociales approuvant l'extension de la maison de retraite de Cadouin de 30 à 80 places ;

VU l'arrêté préfectoral n° 010199 du 8 février 2001 portant autorisation de transformation de la Maison de retraite de Cadouin en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

VU le rapport d'évaluation externe de l'EHPAD reçu en date du 02 janvier 2015 ;

VU le courrier conjoint du 3 août 2016 de la Directrice de la Délégation territoriale de l'ARS et du Président du Conseil départemental de la Dordogne notifiant les observations faisant suite à l'évaluation externe de l'établissement ;

CONSIDERANT qu'en application de l'article 80 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 renouvant 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 ;

SUR proposition conjointe de la Directrice de la délégation départementale de la Dordogne de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du Directeur général des services du Conseil départemental de la Dordogne ;

ARRETEMENT

ARTICLE 1^{er} : l'autorisation de l'EHPAD de Cadouin, géré par l'EPAC de Cadouin et enregistré comme suit au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), est renouvelée tacitement pour une durée de 15 ans à compter de sa date d'échéance, soit à compter du 3 janvier 2017.

Entité juridique : EPAC de Cadouin
N° FINESS : 24000736
N° SIREN : 262405673
Code statut juridique : 21 Etablissement public autonome communal
3 rue Saint Bernard - 24480 CADOUIN

Entité établissement : EHPAD de Cadouin
 N° FINESS : 240002154
 Code catégorie : 500 Capacité : 88
 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 3, rue Saint Bernard - 24400 CADOUIN

Discipline		Activité / Fonctionnement		Cible		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil personnes âgées	11	Hébergement complet	711	Personnes âgées dépendantes	88

[45] ARS/PCD Tarif partiel, habilité a-ds sociale sans PUI

ARTICLE 2 : l'établissement est autorisé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour ses 88 places d'hébergement permanent.

ARTICLE 3 : le renouvellement de l'autorisation sera subordonné aux résultats des évaluations externes. Les résultats de l'évaluation effectués 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 de l'EHPAD de Cadouin 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 6 : le présent arrêté sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine et au recueil des actes administratifs du département de la Dordogne.

Dans les deux mois de sa notification ou de sa publication, il pourra faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès du Directeur général de l'ARS et du Président du Conseil départemental,
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent.

Fait à Bordeaux, le

10 AVR. 2018

La Directrice adjointe
 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine
 de la Dordogne

Stéphane JUNQUA

Le Président du Conseil départemental
 de la Dordogne

(Signature)

ANNEXE N°5 : ABREGÉ ET SYNTHÈSE DU DERNIER RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE



ABRAS STRATEGIE

2001 - Créteil - Paris

Evaluation Externe EHPAD de Cadouin 3 rue Saint Bernard 24480 Cadouin

**Abrégé du rapport
Evaluation externe des activités et de
la qualité des prestations
EHPAD De CADOUIN
3 rue Saint-Bernard
24480 Cadouin**

E.H.P.A.D. de Cadouin, 24480 Cadouin
<http://www.abras-strategie.com>

1/13



SOMMAIRE

Abrégé du Rapport d'évaluation externe	3
Les axes de travail.....	3
1. La démarche d'évaluation interne.....	3
2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM.....	3
3. Le projet d'établissement et son actualisation	4
4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement.....	5
5. La personnalisation de l'accompagnement.....	6
6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers.....	8
7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	9
8. Appréciation globale de l'évaluateur externe	12
9. Méthodologie de l'évaluation externe	13
10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe	13



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
<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a procédé à son évaluation interne en juillet 2014 	<ul style="list-style-type: none"> L'évaluation interne a été conduite de façon participative et pluridisciplinaire. Existence d'un plan d'action. Les points forts et les axes d'amélioration sont clairement identifiés. 		<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le travail initié et suivre les points d'amélioration. Communiquer sur les résultats, les évolutions afin de favoriser l'adhésion et l'investissement des équipes.

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
<ul style="list-style-type: none"> Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités. 	<ul style="list-style-type: none"> Le guide des bonnes pratiques est à la base du travail du médecin coordonnateur. 	<ul style="list-style-type: none"> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sont encore assez méconnues des agents. 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et synthèses à disposition des professionnels de l'établissement.



			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer la culture institutionnelle autour de l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les thématiques professionnelles rencontrées dans le cadre du fonctionnement de l'établissement et dans le cadre des réflexions autour des actions d'amélioration.
--	--	--	---

3. Le projet d'établissement et son actualisation

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le projet d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'engagement et la motivation des différentes équipes. ▪ La démarche qualité qui est émergente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence du projet de soins et du projet de vie qui n'a pas été retrouvé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser l'écriture du nouveau projet d'établissement en s'appuyant sur l'évaluation interne ▪ Diffuser, analyser et publier une nouvelle enquête de satisfaction à destination des résidents et de leur famille. ▪ Mettre en œuvre le Projet d'établissement avec ces composantes dont le Projet de soins, en collaboration avec les professionnels médicaux, paramédicaux.

**4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
▪ L'ouverture de l'établissement	<ul style="list-style-type: none">▪ La disponibilité du dispositif▪ L'intégration, physique, fonctionnelle et sociale▪ La collaboration à la recherche et à l'évolution des pratiques▪ L'engagement et la motivation des différentes équipes.	<ul style="list-style-type: none">▪ La non accessibilité du parc aux personnes à mobilité réduite▪ Les outils d'accueil et de satisfaction des stagiaires▪ L'inscription dans des réseaux diversifiés et formalisés.▪ L'absence de formalisation de la procédure de recrutement▪ Absence du livret d'accueil du personnel▪ L'ouverture de l'établissement, ses différents partenariats et projets.▪ La communication externe	<ul style="list-style-type: none">▪ Rendre le parc accessible aux personnes à mobilité réduite▪ Actualiser le Livret d'Accueil Etudiant▪ Actualiser les outils pour recueillir la satisfaction des stagiaires.<ul style="list-style-type: none">▪ Continuer de développer les réseaux et les partenariats▪ Formaliser la procédure de recrutement et de formation.▪ Finaliser le livret d'accueil du personnel.▪ Développer la communication externe.



5. La personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> Les projets individualisés 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'une attention particulière, bienveillante, professionnelle du personnel et des soignants. Adaptations constantes des professionnels au regard du comportement du résident. Prise en charge individualisée Le Projet de vie individualisé existe, la démarche est impulsée et opérationnelle. Les outils sont pertinents. Les référents sont en place. L'équipe pluri professionnelle participe à son élaboration. Le résident et/ou sa famille est invité à y participer et/ou formuler des commentaires Le personnel est formé à l'accompagnement de fin de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de formalisation du protocole du Projet Personnalisé Réactualisation du projet de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre la dynamique de mise au œuvre des Projets de vie individualisée Formaliser et valider le Protocole de mise en œuvre du Projet Personnalisé. Rédiger ou actualiser le projet de vie pour chaque résident Définir les objectifs et le rôle des référents Faire signer et annexer chaque année au contrat de séjour un avenant reprenant les objectifs d'accompagnement. Clarifier le rôle des référents et leurs objectifs.



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet de soins et dossier de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dossier de soins est renseigné tous les jours <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une proximité et une écoute des équipes par l'encadrement ▪ L'organisation des soins et la mise en place des référents ▪ L'évaluation gériatrique standardisée qui est formalisée ▪ La prise en charge de la douleur ▪ Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition ▪ L'intervention d'une diététicienne ▪ La professionnalisation des équipes et leurs montées en compétences. ▪ La mise en place du projet « Manger moins » 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de formalisation du projet de soins et de certains protocoles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le projet de soins à formaliser. ▪ Formalisation de la commission de coordination gériatrique. ▪ Formaliser les protocoles de prise en charge de la douleur, ▪ Accompagner les professionnels à l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur, utiliser les supports pédagogiques Mobiquat ▪ Augmenter le temps de présence de la diététicienne pour : poursuivre le travail de qualité auprès des résidents dans le cadre du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition, du suivi ▪ développer les axes de travail institutionnels comme le « manger moins » ▪ personnaliser et développer le projet Manger Moins ▪ poursuivre la dynamique qu'elle a impulsée par sa participation au CLAN Aquitaine, et aux réunions GCSMS
--	---	---	--



6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CVS, commission des menus et commission d'animation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le C.V.S. est en place et fonctionne régulièrement ▪ La direction est à l'écoute et fait des propositions d'amélioration ▪ La proximité de la direction et sa volonté d'intégrer les familles. ▪ L'équipe d'animation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence commission d'animation ▪ Commission des menus non clairement identifiée par les résidents. ▪ Locaux peu adaptés pour une prise en charge de qualité en petit groupe ▪ Absence de budget dédié ▪ Absence de documents de suivis et de documents supports et du bilan annuel d'activités. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier la commission des menus. ▪ Mettre en place la commission d'animation. ▪ Trouver un nouveau local permettant de travailler dans de bonnes conditions et un lieu de stockage ▪ Renforcer le travail en équipe pluridisciplinaire ▪ Avoir un budget dédié ▪ Continuer de travailler en réseau et d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur ▪ Formalisation des différents supports écrits : bilan annuel, fiche d'activités, etc. ▪ Réfléchir à une nouvelle organisation permettant aux deux animatrices présentes d'être



		<ul style="list-style-type: none"> Absence d'animation au secteur protégé. 	<p>vraiment avec les résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> Remettre en place une animation au secteur protégé.
--	--	---	---

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
<ul style="list-style-type: none"> La garantie des droits La gestion des risques 	<ul style="list-style-type: none"> La confidentialité, l'intimité, le respect de la vie privée, la liberté d'expression, la libre circulation et communication sont au cœur de l'accompagnement quotidien et enjeu permanent des professionnels Les contentions sont réévaluées régulièrement. Une politique bientraitance existe au sein de l'établissement. Un référent bientraitance est en place, ses missions sont clairement définies, L'implication des tous les acteurs est remarquable 	<ul style="list-style-type: none"> Circuit du médicament 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre l'écriture des procédures et protocoles. groupes de travail autour de la bientraitance, et mettre en œuvre un comité d'éthique et bientraitance. Inciter tous les médecins traitants à faire leurs prescriptions sur informatique. Une organisation est à retravailler autour de la dispensation et la distribution du traitement médicamenteux pour



	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels sont engagés dans une politique de prévention et de sécurité des soins • Les infirmières distribuent tous les traitements de la journée • Les infirmières confectionnent les semainiers avec l'aide d'un préparateur en pharmacie • Tous les résidents bénéficient d'une évaluation du risque d'escarre • Un suivi des chutes est effectué, les personnels sont sensibilisés, un outil de recensement des chutes existe • La contention fait l'objet d'une prescription • Les réglementations sont respectées avec rigueur. • Existence d'un charter d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de formalisation de certains protocoles. 	<p>s'assurer de son identification jusqu'au moment de la « mise en bouche ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer les piluliers à partir des ordonnances signées et/ou d'une feuille de posologie informatisée et signée par le médecin • Assurer la traçabilité de la prise du traitement dans le dossier du résident. • Accompagner les équipes et les sensibiliser à la sécurisation du circuit du médicament <p>En partenariat avec les professionnels libéraux et l'établissement, réfléchir, dans un premier temps, pour la préparation des piluliers en pharmacie, avec des supports adaptés, puis, dans un second temps réfléchir à la robotisation pour améliorer la dispensation nominative des médicaments. Formaliser les protocoles « Prévention des escarres »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rédiger un protocole « contention » en lien avec les bonnes pratiques, • Réflexion sur la mise en place d'un « bilan
--	--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le médecin coordonnateur participe à la vie institutionnelle de l'EHPAD ▪ Il entretient une bonne communication avec les médecins généralistes ▪ Il contribue à la mise en œuvre de projets innovants. • Entretien des locaux • Le service buanderie 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de suivi annuel des chutes et d'un plan d'action • Absence d'un chariot d'urgence. • Absence d'un logigramme pour le circuit des déchets. 	<p>chute » systématique à l'entrée du résident</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des groupes de réflexions sur l'analyse bénéfice-risque concernant la contention et la prévention des chutes • Etablir un bilan annuel des chutes et mettre en œuvre un tableau de bord de suivi et son plan d'actions • Mettre en place un chariot d'urgence, Veiller à le sécuriser par scellés. • Mettre en œuvre les circuits de déchets et des déchets à risques. (Logigrammes) • Identifier le local DASRI par une signalétique réglementaire • S'appuyer sur le manuel d'auto-évaluation pour réaliser l'évaluation du risque infectieux (GREPHH) • Valider la fiche d'événement indésirable et assurer un accompagnement auprès des professionnels pour une appropriation de l'outil • Mettre en place la formation incendie pour l'ensemble du personnel.
--	--	---	--



8. *Appréciation globale de l'évaluateur externe*

L'EHPAD de Cadouin présente une offre de service en adéquation avec les besoins des personnes âgées de son territoire d'intervention.

L'établissement jouit d'un cadre particulièrement agréable. La restructuration effectuée entre 2004 et 2006 donne à l'établissement un cadre de vie particulièrement favorable au confort, à la sécurité et à l'accompagnement des résidents. Les conditions de sa disponibilité et de son intégration fonctionnelle et sociale sont réunies.

Malgré la disparition d'un certains nombres de documents essentiels à la gestion et au bon fonctionnement de l'établissement, l'arrivée de la nouvelle direction et du nouveau cadre de santé impulse le changement. Les fruits en sont déjà visibles notamment par une volonté d'améliorer la gestion financière, la réorganisation du travail. L'établissement continue sa restructuration grâce à une politique de gestion des ressources humaines et financières appropriée.

Aujourd'hui l'EHPAD développe des habitudes de travail sur lesquelles la Direction peut s'appuyer tout en poursuivant son accompagnement à la coordination et à l'homogénéisation des pratiques professionnelles. L'équipe de soin au complet et l'équipe de direction poussent le personnel à se questionner en permanence, à soumettre leurs pratiques aux échelles de la bientraitance et de l'éthique. Le projet du « manger-main » en est une illustration et un axe fort dans la qualité des soins. Les agents ont en permanence le souci du bien-être du résident au travers d'une individualisation des prestations.

L'établissement se dote d'outils performants lui garantissant une meilleure prise en charge des résidents et une amélioration de la qualité des prestations proposées. Dans ce cadre le nouveau projet d'établissement avec le projet de soins, le projet de vie et le projet d'animation en sera le signe et l'appui.

L'ouverture de l'établissement et la création de réseaux permettront de rendre visible et lisible un savoir-faire de qualité.

C'est par la stabilité de l'équipe de direction, l'écoute et le dialogue que tous pourront guider l'établissement dans une démarche d'Amélioration Continue de la Qualité et du bien être de chacun et ce au travers d'un nouveau projet d'établissement conforme à la législation en vigueur et de l'ensemble des documents nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement.



9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items	
▪ Etape 1 : Information et Communication	▪ Présentation de l'évaluation 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 (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, Christel Rousseaux Pocher. 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.

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



les deux séquoias

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2019-2023

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

L'Etablissement Public Autonome Communal Les Deux Séquoias

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	5
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	5
2) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé	9
3) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM	9
3.1 Les modalités de détermination des dotations et prix de journée des établissements et services du CPOM 9	
3.1.1 Pour les EHPAD	9
3.1.1.1 Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R. 314-159 du CASF)	10
3.1.1.2 Une DGC propre aux établissements et services, financés par le Département composée du forfait global relatif à la dépendance (R. 314-172 du CASF)	11
3.1.1.3 La tarification de l'hébergement	11
3.1.1.4 Dispositions communes aux financeurs	12
3.1.2 Pour les établissements et services pour personnes en situation de handicap.....	12
3.1.2.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM relevant de la compétence de l'ARS	12
3.1.2.2 Les modalités de détermination des prix de journée des établissements et des dotations des services du CPOM relevant de la compétence du Département	13
3.2 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM	14
3.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence	14
3.4 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	16
3.4.1 Pour les EHPAD	16
3.4.2 Pour les FO/FAM.....	17
3.5 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)	18
3.6 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	18
4) Engagements de L'EPAC LES DEUX SEQUOIAS	18
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	20
1) Le suivi et l'évaluation du contrat	20
2) Le traitement des litiges	21
3) La révision du contrat	21
4) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM	22
5) La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM.....	22
6) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD	22
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	23

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le CPOM :

Le Département 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'Etablissement Public Autonome Communal Les Deux Séquoias, 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 M. David PALA, Directeur Général.

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'organisme gestionnaire ou du Conseil de surveillance de l'établissement public autonome communal Les Deux Séquoias en date du 18/10/2018 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 3 septembre 2018 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, l'EPAC Les Deux Séquoias 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'EPAC Les Deux Séquoias 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.

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

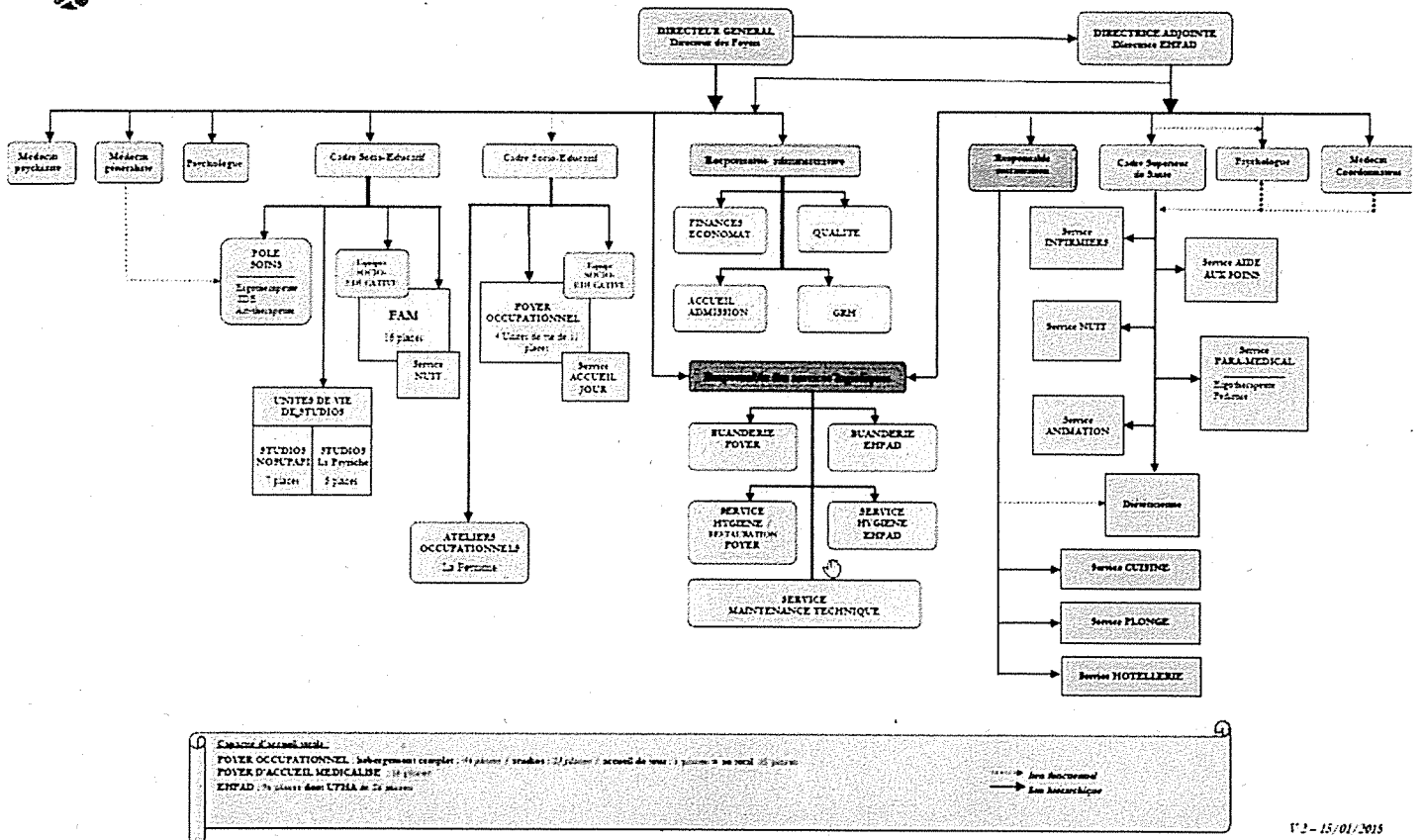
Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire
 - Numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS : 240015644
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : Etablissement Public Autonome Communal
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : hébergement personnes âgées, personnes handicapées, personnes âgées handicapées, accueil de jour, semi-internat.
 - Organigramme de l'EPAC les 2 Séquoias, l'entité gestionnaire : ***se reporter à la page suivante***
 - Désignation le cas échéant de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune : E.P.A.C. LES DEUX SEQUOIAS
 - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat :
 - o Foyer Occupationnel : hébergement complet, éclaté (semi-internat) et accueil de jour pour personnes handicapées
 - o Foyer Accueil Médicalisé : Hébergement médicalisé pour Adultes Handicapés
 - o Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : hébergement médicalisé pour personnes âgées



Les Deux Séquoias

ORGANIGRAMME EPAC LES DEUX SEQUOIAS



V.2 - 15/01/2015

- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
- Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat :
 - **Foyer Occupationnel :**
Arrêté conjoint de M. Le Président du Conseil Général de la Dordogne et de M. Le Préfet N°09-203 et 091496 du 3 Septembre 2009 portant création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé et fixant la capacité du Foyer Occupationnel à 62 places dont 44 places d'internat, 13 places de semi-externat d'hébergement de nuit éclaté (studios) et 5 places d'accueil de jour
 - **Foyer Accueil Médicalisé :**
Arrêté conjoint de M. Le Président du Conseil Général de la Dordogne et de M. Le Préfet N°09-203 et 091496 du 3 Septembre 2009 portant création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé de 16 places par transformation et extension de la capacité du Foyer de Vie la Prada et fixant la capacité du Foyer Occupationnel à 62 places dont 44 places d'internat, 13 places de semi-externat d'hébergement de nuit éclaté (studios) et 5 places d'accueil de jour
 - **Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes :**
Arrêté de M. Le Président du Conseil Général de la Dordogne N°011374 du 22 Octobre 2001 fixant la capacité de la maison de retraite « Faubourg Notre Dame » à 96 lits,
Arrêté de M. Le Préfet de la Dordogne N° 03-0075 en date du 20 Janvier 2003 transformant la maison de retraite « Faubourg Notre Dame » en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- 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 :

NOM	Activités	SIRET		FINESS	
		Activité	N°	Catégorie	N°
FOYER LA PRADA	Foyer Accueil Médicalisé : Hébergement médicalisé pour Adultes Handicapés	8710C	200 040 921 00021	437	24 000 6866
	Foyer Occupationnel : Hébergement pour personnes handicapées	8720A	200 040 921 00039		
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : Hébergement médicalisé pour personnes âgées	8710A	200 040 921 00047	500	24 000 2139

- 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)

- Pour les EHPAD habilités à 100% et ne relevant pas du L.342-3-1 :

« L'EHPAD de Bourdeilles est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil général de la Dordogne n°01-1374 en date du 22 Octobre 2001 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (96 lits).

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 ».

Le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale, pour une capacité de 96 lits d'hébergement permanent.

- Pour les foyers : le foyer occupationnel et le foyer d'accueil médicalisé de l'EPAC sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté conjoint de M. Le Président du Conseil Général de la Dordogne et de M. Le Préfet N°09-203 et 091496 du 3 Septembre 2009 pour la totalité de leur capacité.
- Partenariat(s) existant(s) et formalisé(s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services

En date du 22 décembre 2008, l'établissement a conclu une convention de partenariat avec le groupement de coopération sociale et médico-sociale de la Dordogne. (GCSMS 24).

En date du 02 février 2012, l'établissement a conclu avec l'EHPAD Vergers des Balans, une convention relative aux modalités de coopération liées au diagnostic et à l'évaluation des syndromes démentiels, et à la prise en soins des troubles psycho-comportementaux.

En date du 19 mai 2014, l'EPAC Les Deux Séquoias a conclu avec la pharmacie LACOMBE BOURDINAUD une convention de coopération entre la pharmacie d'officine et l'établissement pour assurer aux résidents de l'EPAC les deux Séquoias qui le souhaitent la préparation et la délivrance de produits de santé réglementés.

En date du 01 janvier 2014, l'EPAC Les Deux Séquoias a conclu avec le centre Intercommunal d'action sociale (C.I.A.S.), une convention relative à la fourniture de repas en liaison froide.

En date du 01 juillet 2014, l'EPAC Les Deux Séquoias a conclu avec le centre Intercommunal d'action sociale (C.I.A.S.) Dronne-et-Belle, une convention relative aux modalités de coopération pour accueillir dans une pièce climatisée de l'EHPAD, les personnes âgées bénéficiaires des prestations du CIAS.

En date du 1^{er} juillet 2014, l'établissement a conclu avec le Centre Hospitalier de Périgueux une convention relative aux modalités de coopération visant l'instauration de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts en milieu hospitalier des résidents.

En date du 01 avril 2015, l'EPAC Les Deux Séquoias a conclu avec le réseau de santé PALLIA 24 une convention de partenariat sur les soins palliatifs dispensés aux résidents de l'EPAC Les Deux Séquoias.

En date 01 janvier 2016, l'EPAC Les deux Séquoias a conclu une convention de partenariat avec le groupe Novadio pour organiser les relations entre le laboratoire de biologie médicale et l'établissement pour garantir une qualité optimale des actes de biologies médicales pour les résidents de l'EPAC Les Deux Séquoias.

En date 12 juillet 2016, l'EPAC Les deux Séquoias a conclu une convention constitutive du groupement solidaire constitué dans le cadre de l'appel à projet émis par l'ARS Aquitaine en direction de jeunes adultes handicapés relevant de l'amendement « Creton ».

En date du 01 janvier 2017, l'EPAC Les Deux Séquoias a conclu avec le Centre Hospitalier de Nontron, une convention relative à la mise à disposition d'un cadre de santé supérieur.

En date du 17 mars 2017, l'EPAC Les Deux Séquoias a conclu une convention de partenariat avec le centre hospitalier de Périgueux pour les interventions du service d'hospitalisation à domicile (H.A.D.).

En date du 01 septembre 2017, l'EPAC Les Deux Séquoias a conclu avec le Centre Hospitalier Vauclaire, une convention relative à la mise à disposition de mandataires judiciaires à la protection des majeurs des personnes à protéger, hébergées à l'EPAC les deux Séquoias.

En date du 22 mars 2018, l'EPAC Les Deux Séquoias a adhéré au groupement de coopération sociale et médico-sociale de Lot-et-Garonne. (GCSMS 47).

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,
- Personnaliser 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.

Les orientations stratégiques ont donné lieu à la détermination de 11 objectifs pour les foyers et 10 objectifs pour l'EHPAD déclinés en 22 fiches actions au total.

3) 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.

3.1...Les modalités de détermination des dotations et prix de journée 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 les EHPAD

Le financement des établissements et services de l'EPAC Les Deux Séquoias, entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le CPOM s'inscrit dans la mise en œuvre de la réforme tarifaire, applicable depuis le 1er janvier 2017 pour les EHPAD et PUV tarifées au GMPS.

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressource par la mise en place de forfaits sur les sections tarifaires Soins et Dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis. Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires peuvent être mis en place pour :

- financer d'une part, les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés...)
- Accompagner, d'autre part, les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge de 7 ans (2017-2023) durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

Il ne peut être dérogé à ce rythme de convergence dans le cadre du CPOM.

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

3.1.1.1 Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R. 314-159 du CASF)

Le forfait global soins de l'EHPAD de l'EPAC Les Deux Séquoias relève du tarif partiel, sans PUI.

Le forfait global relatif aux soins 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.

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 ; (se reporter à l'annexe 6 : Procès verbal de validation de l'évaluation AGGIR / PATHOS)
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier),
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

Dans ce cadre, lors de nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Le montant du forfait global de soins peut être modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon les modalités prévues par l'article R 314-160 du CASF.

Les financements complémentaires peuvent faire également l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (R314-161 CASF).

La mise en œuvre de ces modalités sera précisée, le cas échéant, dans le Rapport d'Orientation Budgétaire.

La DGC propre aux établissements et services, financés 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) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

3.1.1.2 Une DGC propre aux établissements et services, financés par le Département composée du forfait global relatif à la dépendance (R. 314-172 du CASF)

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.

3.1.1.3 La tarification de l'hébergement

Le Tarif Hébergement est fixé pour 5 ans dans le présent contrat dans les conditions des articles R314-179 et suivants du CASF. Il est calculé en divisant le montant des charges nettes d'exploitation afférentes à l'hébergement par la moyenne, sur les trois années qui précèdent l'exercice, du nombre effectif de journées de personnes accueillies dans l'établissement, sauf si l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans ou en cas de circonstances particulières.

Ainsi, pour l'EHPAD de l'EPAC Les Deux Séquoias, la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat de **20 000 €** (reprise d'une partie du résultat de 2016), soit **1 710 894.00 €** pour la section hébergement.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul. (cf courrier du 23/02/2018 - DGA SP PA)

	Hébergement
Groupe 1/Titre 1	442 468.00€
Groupe 2/Titre 3	1 341 689.00€
Groupe 3/Titre 4	207 130.00€
Total dépenses	1 991 287.00€
- recettes en atténuation	280 393.00€
- crédits non reconductibles	
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	
= Dotation globalisée initiale	1 710 894.00€

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

3.1.1.4 Dispositions communes aux financeurs

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles.

L'EHPAD de l'EPAC Les Deux Séquoias reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

L'EHPAD de l'EPAC Les Deux Séquoias peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R314-227 et 228 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.

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond (Art R314-40 CASF).

En conséquence, le montant de la dotation reconductible à prendre en compte, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

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

3.1.2 Pour les établissements et services pour personnes en situation de handicap

Le financement du Foyer Accueil Médicalisé et du Foyer Occupationnel de L'EPAC Les Deux Séquoias 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).

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

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

La DGC des établissements et services sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

L'article L313-12-2 CASF indique que le CPOM peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Ces dispositions seront, le cas échéant, déclinées dans le ROB précité.

La DGC concernant spécifiquement les ESAT sera actualisée :

- au regard de la politique tarifaire régionale déclinée dans le ROB
- dans le respect du dispositif de plafonnement des tarifs institué en 2009, dont les modalités sont définies chaque année par arrêté ministériel. L'ARS analysera globalement le positionnement des ESAT en rapportant le coût moyen net global à la place au tarif plafond (dotations reconductibles validées/ capacités autorisées et installées).

- Une DGC propre aux établissements et services financés en tout ou partie par le Département de la Dordogne

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé et le Foyer Occupationnel de l'EPAC Les Deux Séquoias restent, par ailleurs, éligibles à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

L'EPAC Les Deux Séquoias 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.

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithmique ou tarif plafond (Art R314-40 CASF).

En conséquence, le montant de la dotation reconductible à prendre en compte pour les ESAT, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

En conséquence, il appartient à l'EPAC Les Deux Séquoias 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, à l'exception des CAMSP, pour lesquels ces opérations devront avoir fait l'objet d'une concertation avec le département. En effet, les CAMSP étant financés à hauteur de 20% par le département et 80% par l'Assurance Maladie, une variation de la dotation Assurance Maladie générerait automatiquement une variation de la participation du Département.

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

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

- Modalités de fixation annuelle de la tarification :

Le contrat fixe par groupes fonctionnels les budgets base zéro (BBZ) des établissements et services de l'établissement public autonome communal Les Deux Séquoias (cf. annexe 7). 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)

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

– dépenses rejetées CA N-1 ou N-2

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

/ activité prévisionnelle

- **Détermination de l'activité prévisionnelle retenue :**

L'EPAC Les Deux Séquoias transmet, au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle (dépôt sur la plateforme de la CNSA). Dans un délai de 60 jours, le Conseil départemental peut transmettre ses observations sur ces prévisions.

Pour l'activité prévisionnelle, il est convenu de retenir la moyenne des trois derniers exercices clôturés. Toutefois, il est demandé à l'établissement de ne pas trop s'écarter des taux d'occupation moyens départementaux (Pour mémoire, en 2017 : 90,28% pour l'internat du foyer occupationnel, 95,06% pour l'internat du foyer d'accueil médicalisé, 87,44% pour l'accueil de jour).

3.2...Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

Les dotations globalisées communes des établissements et services financés respectivement par :

- l'Assurance Maladie, d'une part,
- le Département, d'autre part,

sont arrêtées respectivement en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

Chaque DGC octroyée à l'établissement 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 chaque autorité de tarification, l'EPAC Les Deux Séquoias transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement dans le cadre de la transmission de l'EPRD.

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.

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

- versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF,
- actualisée dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent contrat.

3.3...Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 01/01/2018 se répartit comme suit :

La dotation globalisée « de référence » correspond aux moyens reconductibles disponibles l'année de signature du (avant actualisation, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations soins Au 01/01/2018 (en €)	Dont forfait global de soins HP	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
24 000 2139	EHPAD	1 198 891.48		
24 000 6866	FAM	432 227 .58		
TOTAL GENERAL		1 631 119.06		

La dotation de l'Ehpad : notification de l'ARS en date du 06/06/2018

La dotation du FAM : notification de l'ARS en date du 20/06/2018

➤ La DGC des établissements et services financés par le Département se répartit comme suit :

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations dépendance au 01/01/2018 (en €)	Dont forfait global dépendance	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
24 000 2139	EHPAD	542 741.91	542 741.91	
TOTAL GENERAL		542 741.91	542 741.91	

Référence au courrier du 02/01/2018- DGA-SP24

➤ Conformément à l'article L. 313-14-2 du CASF, l'ARS et le Conseil départemental pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

1. Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
2. Des recettes non comptabilisées.

Cette récupération viendra en déduction de la tarification de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant d'un financement Assurance-Maladie :

S'agissant des CPOM signés à compter de 2019, les autorités de tarification pourront s'opposer à la proposition d'affectation des résultats antérieurs N-1 et N-2 prévue par l'organisme gestionnaire, en application de l'article R314-234 du CASF sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant de la section hébergement, l'étude sera faite à l'occasion de la décision tarifaire N+2.

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

3.4.1 Pour les EHPAD

Le principe retenu est celui d'une affectation des résultats par l'EPAC Les Deux Séquoias conformément :

- aux modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF)
- aux dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

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. Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

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.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD. Cette disposition s'appliquera donc dans ce CPOM permettant une fongibilité des résultats entre établissements.

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat 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. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

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 et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

Priorités ARS et Conseil départemental

Ainsi il est convenu que les résultats excédentaires soient affectés au regard des règles suivantes : des trois volets suivants mais prioritairement :

- A la couverture des déficits antérieurs,
- A la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal :
 - à 5 % de la dotation globalisée commune « soins » reconductible du CPOM.
Ce montant sera progressivement constitué dans la limite de la moitié du résultat excédentaire constaté annuellement.
- Puis sur les 3 volets suivants (le cas échéant) :
 - ↳ 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 dans la limite de 25 % du résultat excédentaire annuel, 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 en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex : emploi aidé, job coaching, action de prévention, formations, audits, évaluation, etc.), dans la limite de 15 % du résultat excédentaire annuel.

↳ Volet Ressources humaines

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM, (formations, coaching, accompagnement gestion de crises, soutien psychologique en cas de situation exceptionnelle, etc.), dans la limite de 10 % des résultats excédentaires annuels.

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM et en fonction du plan pluriannuel d'investissement.

A titre indicatif, les règles d'affectation pourront varier selon le contexte économique et social, et au regard de l'évolution réglementaire.

3.4.2 Pour les FO/FAM

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 trois volets suivants mais prioritairement à la réserve de compensation jusqu'à atteindre un niveau égal à 5 % de la base reductible de chaque établissement et en tout état de cause un montant de réserve égal à 5 % de la dotation globalisée commune reductible du CPOM.

Ce montant sera progressivement constitué dans la limite de la moitié du résultat excédentaire constaté annuellement.

➤ 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, dans la limite de 35 % du résultat excédentaire annuel.

➤ Volet Qualité et Ressources humaines

- Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM, (financement PCPE, formations, coaching, accompagnement gestion de crises, soutien psychologique en cas de situation exceptionnelle, etc.), dans la limite de 15 % du résultat excédentaire annuel.

A titre indicatif, les règles d'affectation pourront varier selon le contexte économique et social, et au regard de l'évolution réglementaire.

Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM (2017 et 2018) relevant de la compétence du Conseil départemental, l'étude sera faite à l'occasion de la décision tarifaire 2019 et 2020.

3.5...Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

L'EPAC Les Deux Séquoias a transmis son Plan Pluriannuel d'Investissement aux autorités de tarification :

- Le 16 Mars 2018 par voie dématérialisée,
- Le 3 Avril 2018 par voie postal, LRAR N°2C 09653925548.

Celui-ci est en cours d'instruction. Il fera l'objet d'une approbation du Conseil Départemental, 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.

L'EPRD comprend un PGFP définissant notamment les orientations pluriannuelles de financement des établissements et services concernés.

Le PGFP n'a pas vocation à être approuvé en tant que tel. Les PPI restent en revanche approuvés structure par structure ou globalement au niveau de l'association en vertu des dispositions de l'article R. 314-20 du CASF.

3.6... 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 DEUX SEQUOIAS

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 % (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 ;
- 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 mise en œuvre par la MDPH qui doit permettre de mieux suivre les orientations prononcées par la CDAPH ;
- Se positionner, si le projet de la personne bénéficiaire du plan le justifie, en tant que coordonnateur de parcours dans le cadre d'un PAG.

TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

1) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION 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 ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'organisme gestionnaire : Madame BARTKOWIAK et Monsieur PALA

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, la personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu aux articles L. 314-7-1 et L. 313-12 pour les établissements relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

- ❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, 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) et au plus tard le 30 juin de l'exercice 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)

- ❖ Sur la base des règles pré-citées, l'EPAC Les Deux Séquoias dépose au plus tard le 30 avril de chaque année un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF.
- ❖ L'EPAC Les Deux Séquoias transmettra à l'ARS une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. 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.

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.

2) 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.

3) 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.

4) 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 de Bourdeilles, entité de l'EPAC Les Deux Séquoias.

5) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DU CPOM ET LA DUREE DU CPOM

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2019, pour une durée de 5 ans.

6) PENALITES FINANCIERES – 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 le

P/Le Directeur par interim 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
David PALA
Directeur Général,
EPAC Les Deux Séquoias

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 : La synthèse du diagnostic partagé

Cette annexe explique les modalités de réalisation du diagnostic partagé (documents consultés, participation des personnels, etc.) et ses principaux enseignements. Elle permet d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Elle sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM.

Cette synthèse doit aussi permettre d'apprécier la conformité des établissements et services du CPOM aux normes en vigueur et notamment celles relatives aux établissements recevant du public (type U ou J). Elle s'appuie notamment sur le dernier procès-verbal de la commission de sécurité et d'accessibilité, obligatoirement transmis.

- ANNEXE 2 : Les fiches actions

- ANNEXE 3 : 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).

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

- ANNEXE 4 : 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.

- ANNEXE 5 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

- ANNEXE 6 : Procès verbal de validation de l'évaluation AGGIR / PATHOS.

- ANNEXE 7 : Budget Base Zéro du FO et du FAM

PARTIE 1 – EHPAD

- **ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé**
- **ANNEXE 2 : Fiches actions**
- **ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs**
- **ANNEXE 4 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**
- **ANNEXE 5 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe de l'EHPAD**
- **ANNEXE 6 : Procès-verbal de validation de l'évaluation AGGIR / PATHOS.**

Eléments du diagnostic	Points forts	Points d'améliorations
2.2 Eléments communs aux ESMS couverts par le CPOM		
2.2.1 Evaluations internes et externes		
Evaluations internes et externes	Evaluation interne : réalisée entre Avril et Septembre 2011.	Recommandation : Faire une évaluation avant 2022
	Evaluation externe : Octobre 2014	
2.2.2 Coopérations et conventions		
<i>Conventions</i>		
	Nombreuses conventions signées	
Coopérations	Coopérations nombreuses et variées dont une avec un cabinet dentaire	Manque convention avec : - Réseau soins palliatifs - EHPAD disposant d'une UHR ou un PASA - Possibilité de consolider la coopération avec le Cabinet dentaire
2.2.3 Politiques des ressources humaines		
Principaux axes politique GRH	Politique de formation	Actualisation des modalités d'évaluation des formations
	Accompagnement des temps partiels choisis	
	QVT : Expérimentation de séances de Qi Gong (Janvier à Avril 2017)	Cessation de l'activité Qi Gong : Moyens financiers pour reprendre cette activité
	Risques professionnels	Informatisation du DU
	Organisation du travail : Audit social réalisé en 2016, mise en œuvre des préconisations	Finalisation des documents finaux
	Plan pluriannuel de formation	Perfectionner la pluriannualité
	Dynamique CHSCT	
	Plan GPEC	Manque dispositif formalisé relatif à la promotion professionnelle
Commission de formation/Campagne d'entretiens annuels		
Adéquation du personnel aux missions : existence d'outils dédiés		Actualisation des documents suite à audit social
2.2.4 Mutualisation des moyens entre les différents ESMS		
Moyens humains	Plusieurs domaines mutualisés : Equipe de direction, Responsables Administratif, Services Administratifs (Accueil, RH, Finances), Services techniques	
Moyens financiers	Section Investissement commune : Capacité de financement Achats mutualisés Adhésion à des groupements permettant des économies d'échelle (Marchés produits hygiène, assurance statutaire, énergie, fournitures etc)	
Politiques	Restauration : Mutualisation de pratiques et outils Déploiement de moyens et outils visant à favoriser une culture commune, Formation professionnelle Politique Gestion Des Risques Politique de démocratie sanitaire	
Moyens matériels	Mutualisation des véhicules adaptés Activités du site occupationnel des Foyers : Diversification de la politique d'animation	
Activités Occupationnelles	Mutualisation des activités occupationnelles : - Activités de loisirs : cartes, pétanque - Ferme - Loisirs créatifs, - Expression corporelle	
2.2.5 Innovations en santé		Absence d'environnement sécurisé connecté Absence d'actions innovantes (domotique etc), => Pas de projet de connectique ou domotique
3.2 Eléments complémentaires		
3.2.1 Activité	Taux d'occupation : 99,02%	Difficulté de remplissage & gestion des cohabitations en chambres doubles Augmentation du nombre de demandes ayant un profil relevant du parcours social difficile. (10 en 1 an)
	19 personnes en liste d'attente	
3.2.2 Ressources humaines	Amélioration du taux d'absentéisme du personnel titulaire et stagiaire entre 2016 (21,5%) et 2017 (15,3%)	
3.2.3 Analyse budgétaire et financière		
Plan Pluriannuel d'Investissement	PPI global adressé courant Février 2018 au CD24 et ARS-NA	
3.2.4 Démarche qualité et gestion des risques		
Démarche qualité et gestion des risques	outils de la loi 2002-2 existants	
	Plan d'amélioration continue de la qualité présent	Réévaluation des PAP non faite 1 fois par an
	Garantie des droits, expression et participation individuelle et collective des résidents	
	Volet médical de la prise en charge existant	Livret thérapeutique non mis en place Absence d'évaluation & de suivi des actions visant à réduire le risque de chutes Non systématisation du recours aux échelles d'évaluation de la douleur Manque d'accompagnement socio-éducatif le matin à l'UPHA Organisation lacunaire de l'évaluation & de la traçabilité des actions thérapeutiques non médicamenteuses
	Existence d'une convention avec une officine	
	Circuit du médicament conforme	La pertinence des prescriptions médicamenteuses L'administration des médicaments dont l'identitovigilance

AXE N°001

PARCOURS & COORDINATION

Fiche Action N°001

**FICHE ACTION
TRANSVERSALE**

Référent (personne ou institution) : **EHPAD : Cadre de Santé, AS Référente (MNS/SD)**
FOYERS : CSE, AS Référent

Constat du diagnostic	Coopération avec cabinet dentaire à consolider				
Constat du diagnostic médical	Points remarquables : Référents bucco dentaires et dépistage				
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°1	Signer une convention avec le cabinet dentaire				
Description de l'action	Maintenir les accompagnements EHPAD mis en place depuis la Convention Tripartite 1 (2003). Réfléchir aux moyens matériels et aux modalités pour réaliser des dépistages et bilans sur site. Signature d'une convention incluant la venue de la dentiste sur site				
Identification des acteurs à mobiliser	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; border: none;"><u>EHPAD</u></th> <th style="text-align: center; border: none;"><u>FOYERS</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border: none;">Cadre de santé Personnel Infirmier Aides-Soignants Référents EHPAD</td> <td style="border: none;">Cadres Socio-Educatifs Personnel Infirmier AS Référent</td> </tr> </tbody> </table>	<u>EHPAD</u>	<u>FOYERS</u>	Cadre de santé Personnel Infirmier Aides-Soignants Référents EHPAD	Cadres Socio-Educatifs Personnel Infirmier AS Référent
<u>EHPAD</u>	<u>FOYERS</u>				
Cadre de santé Personnel Infirmier Aides-Soignants Référents EHPAD	Cadres Socio-Educatifs Personnel Infirmier AS Référent				
Moyens nécessaires	Maintien des soignants en rendez-vous extérieur → Repositionner 1 AMP dans les soins Aménagement d'un lieu de dépistage et bilans sur site Temps de réunion et de coordination Formation aux soins pratiques bucco-dentaires				
Calendrier prévisionnel	2021 - 2023				
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Convention signée</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission Nombre de venues sur site</p>				
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Risque de dénutrition Soins buccodentaires Déficience sensorielle et cognitive				

AXE N°002
REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE
&
DE LA DEMANDE
Fiche Action N°002

Référent (personne ou institution) : Direction – Cadre de Santé	
Constat du diagnostic	Absence d'environnement sécurisé connecté Pas de projet connectique ou domotique
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°2	Mise en place d'innovation en santé : Télémédecine
Description de l'action	Participation aux projets de télémédecine : <ul style="list-style-type: none"> - Soins palliatifs et dermatologie (AAC 2018 porté par le CH de Périgueux – EHPAD Beaufort Magne) - Consultations avancées psychogériatrie (Adhésion au projet porté par le Verger des Balans Octobre 2016)
Identification des acteurs à mobiliser	Cadre de Santé et Personnel Infirmier Médecin Coordonnateur Médecins libéraux Partenaires Spécialistes
Moyens nécessaires	AAC 2018 : Financement des équipements (6 000€) Structuration et aboutissement des projets par les établissements porteurs (CH Périgueux & Verger des Balans) Temps personnel Infirmier : +0.5 ETP IDE Temps médecin coordonnateur : +0.10 ETP
Calendrier prévisionnel	2019 - 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> AAP accepté Conventions signées Lettres d'engagement <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'activités de télémédecine mises en œuvre Nombre d'actes facturés en télémédecine par type d'activité
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Collaboration médecins traitants / médecins spécialistes Amélioration de l'accès aux soins

AXE N°002
REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE
&
DE LA DEMANDE
Fiche Action N°003

Référent (personne ou institution) : **Direction – Cadre de Santé – Moniteur Educateur**

Constat du diagnostic	Manque d'accompagnement socio-éducatif le matin à l'UPHA
Constat du diagnostic médical	Animation : Mettre en place la commission d'animation Faire une réflexion sur le planning journalier des animations
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°3	Mise en place d'initiative de spécialisation de l'offre en EHPAD : Perfectionnement de l'accompagnement des Personnes Handicapées Agées à l'UPHA de l'EHPAD
Description de l'action	Assurer la présence du Moniteur Educateur (Convention Tripartite 2) tous les jours de la semaine (hors congés annuels et absences réglementaires) donc : <ul style="list-style-type: none"> - Repositionner l'AMP faisant fonction animation dans les soins pour pouvoir détacher le M.E. entièrement sur ses fonctions éducatives du lundi au vendredi - Recruter un animateur qualifié pour coordonner les activités et planifier les ateliers du matin Assurer un atelier chaque matin : <ul style="list-style-type: none"> - Présence et coordination de l'animateur, - Recrutement d'un art thérapeute - Présence du Moniteur Educateur du lundi au vendredi sur des fonctions éducatives
Identification des acteurs à mobiliser	Cadre de Santé Moniteur Educateur AMP faisant fonction Animation Art thérapeute
Moyens nécessaires	Repositionnement de l'AMP FF Animation sur les soins → Présence du ME du lundi au vendredi sur les fonctions éducatives Création d'un poste animation à la place de l'AMP FF Animation → Planification et coordination des ateliers du matin
Calendrier prévisionnel	2020 - 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Planning attestant du positionnement de l'AMP et Moniteur Educateur en semaine <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'ateliers menés le matin par le Moniteur Educateur et par l'Animateur et Art Thérapeute
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Mise en œuvre du projet Terrasse/Projet socio-éducatif Respect du rythme de vie et besoins des Résidents

AXE N°003
PREVENTION QUALITE
&
SECURITE DES SOINS
Fiche Action N°004

Référent (personne ou institution) : **Médecin Coordonnateur – Cadre de Santé**

Constat du diagnostic	Livret thérapeutique non mis en place
Constat du diagnostic médical	Coordination-protocoles : Réfléchir au livret thérapeutique
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°4	Mise en place d'une politique du bon usage du médicament et de prévention de la iatrogénie
Description de l'action	Etablir un diagnostic et une analyse Concevoir le livret thérapeutique
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur Médecin traitants Cadre de Santé Pharmacien Personnel Infirmier
Moyens nécessaires	Temps de réunion Temps de travail Temps Médecin Coordonnateur : + 0.10 ETP
Calendrier prévisionnel	2019 - 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Installation de TITAN et formations réalisées <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Elaboration du livret thérapeutique avec fiches pratiques (médicaments broyables, injectables en sous cutanés), protocole thérapeutique dont médicaments potentiellement inappropriés
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Adhésion des médecins traitants Bon usage du médicament

AXE N°003
PREVENTION QUALITE
&
SECURITE DES SOINS
Fiche Action N°005

Référent (personne ou institution) : Cadre de Santé – Ergothérapeute

Constat du diagnostic	Absence d'évaluation et de suivi des actions visant à réduire le risque de chutes
Constat du diagnostic médical	Chutes : Absence de dépistage du risque chute
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°5	Remobilisation et autonomisation des personnes : réduire le risque de chute
Description de l'action	S'assurer des déclarations systématiques et exhaustives de chaque chute Remplissage complet par le personnel Infirmier pour leurs parties Transmission à l'ergothérapeute pour traitement, analyse, suivi et élaboration de plans d'actions individualisés, eux-mêmes suivis et évalués, ainsi que du bilan annuel présenté aux équipes Maintien des actions en cours : Suivi chaussures, signalétiques glissade, sport adapté, atelier gym douce, atelier Cassiopéa...
Identification des acteurs à mobiliser	Ensemble des équipes soignantes Ergothérapeute Cadre de Santé Médecin Coordonnateur
Moyens nécessaires	Poste ergothérapeute occupé (recrutement à partir de Septembre 2018) et opérationnel : - Temps ergothérapeute : + 0.3 ETP Connaissance des feuilles de déclaration, maîtrise du logiciel, connaissance des profils de résidents Formation médecin coordonnateur sur les conséquences d'une chute : - Temps médecin coordonnateur : + 0.10 ETP Poursuite Sport Adapté Finalisation de la mise en œuvre de l'Ad'AP : Aboutir le projet architectural (Cf. FA 9)
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de déclarations systématiques et analyses Existence d'un bilan annuel Existence de plans d'actions individuels <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Réduction du nombre de chutes par item (Créneau horaire, lieu, profil de résident, ...)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Positionnement de l'ergothérapeute au sein de l'équipe Préconisation Ad'AP

AXE N°003
PREVENTION QUALITE
&
SECURITE DES SOINS
Fiche Action N°006

Référent (personne ou institution) : **Cadre de Santé – Aide-Soignant(e) & IDE Référent Douleur**

Constat du diagnostic	Non systématization du recours aux échelles d'évaluation de la douleur
Constat du diagnostic médical	Protocoles et documents manquants, à finaliser ou à revoir : Suivi douleur
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°6	Prise en charge de la douleur : Evaluer systématiquement la douleur
Description de l'action	Recourir systématiquement aux échelles d'évaluation de la douleur et les communiquer au médecin traitant
Identification des acteurs à mobiliser	Soignants Personnel Infirmier Médecin Coordonnateur Cadre de Santé Médecins traitants
Moyens nécessaires	Formation du personnel Management par Personnel Infirmier et Médecin Coordonnateur Temps personnel infirmier : + 0.50 ETP Temps Médecin Coordonnateur : + 0.10
Calendrier prévisionnel	2019 - 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Indicateurs de mise en œuvre Existence de protocole validé par le Médecin Coordonnateur et par les médecins traitants libéraux Taux de personnel formé Indicateurs de résultat (impact) Taux annuel d'évaluation de la douleur chez les résidents (nombre d'évaluation de la douleur/nombre de résidents)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Transmission aux médecins traitants Modification des pratiques professionnelles

AXE N°003
PREVENTION QUALITE
&
SECURITE DES SOINS
Fiche Action N°007

**FICHE ACTION
TRANSVERSALE**

Référent (personne ou institution) : **Direction – Médecin Coordonnateur pour l'EHPAD**

Constat du diagnostic									
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°7	Amélioration de la couverture vaccinale (notamment pour le plan vaccinal grippe) des personnes âgées et des professionnels								
Description de l'action	Informers les résidents et les professionnels sur la couverture vaccinale (vaccins obligatoires, calendrier vaccinal, effets,...)								
Identification des acteurs à mobiliser	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><u>EHPAD</u></td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><u>FOYERS</u></td> </tr> <tr> <td>Médecin Coordonnateur</td> <td>Personnel Infirmier</td> </tr> <tr> <td>Assistance Qualité</td> <td>Assistance Qualité</td> </tr> <tr> <td>Médecins traitants</td> <td>Médecins traitants</td> </tr> </table>	<u>EHPAD</u>	<u>FOYERS</u>	Médecin Coordonnateur	Personnel Infirmier	Assistance Qualité	Assistance Qualité	Médecins traitants	Médecins traitants
<u>EHPAD</u>	<u>FOYERS</u>								
Médecin Coordonnateur	Personnel Infirmier								
Assistance Qualité	Assistance Qualité								
Médecins traitants	Médecins traitants								
Moyens nécessaires	Temps de travail Temps d'information du Médecin Coordonnateur ou du personnel infirmier pour l'EHPAD Temps Médecin Coordonnateur : + 0.10 ETP Temps personnel infirmier : + 0.50 ETP								
Calendrier prévisionnel	2019 - 2022								
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de communication annuelle Supports de communication édités <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de résidents et de professionnels atteints par la grippe et/ou infections (IRA)								
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Information éclairée pour lutter contre les réticences Facilitation de l'accès aux vaccins par l'établissement								

AXE N°004

PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N°008

Référent (personne ou institution) : **Cadre de Santé - Psychologue**

Constat du diagnostic	Réévaluation des Projets d'Accompagnement Personnalisé non faite une fois par an
Constat du diagnostic médical	Détériorations intellectuelles : MMS systématique à l'entrée et réévaluation annuelle Bientraitance : Poursuivre les projets de vie avec référent pour le suivi
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°8	Suivre l'évolution des projets d'accompagnement personnalisé (PAP) en intégrant les MMS, afin d'adapter les ateliers thérapeutiques non médicamenteux
Description de l'action	Evaluer le MMS à l'entrée Mettre en place le PAP dans les 6 mois suivant l'entrée Rapprocher le profil du résident évalué d'un groupe homogène Proposer un/des atelier(s) en fonction des capacités restantes (MMS, GIR, Bilan ergo, bilan EGS médecin coordinateur) en restant vigilant sur les possibles créations de nouveaux ateliers Réévaluer annuellement le MMS Réévaluer annuellement le PAP Consolider la place des référents PAP selon le fonctionnement en vigueur
Identification des acteurs à mobiliser	Psychologue Cadre de Santé Référents des PAP
Moyens nécessaires	Temps de travail Temps de psychologue afin d'augmenter le pourcentage de réévaluation Temps de psychologue : + 0.20 ETP Ateliers thérapeutiques non médicamenteux (FA 010)
Calendrier prévisionnel	2020 - 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Indicateurs de mise en œuvre Existence d'une procédure de réévaluation des PAP Traçabilité de l'évaluation du MMS à l'entrée au sein du protocole d'Accueil du résident Indicateurs de résultat (impact) Taux de PAP réévalués sur une année $[(\text{Nombre de PAP réévalués} \times 100) / \text{Nombre de personnes accueillies présentes sur l'année entière}]$: Taux de référence en 2017 = 18.5% soit $[(23 \times 100) / 124]$ Taux de PAP total cumulé à jour : $[(\text{Nombre de PAP total à jour} \times 100) / \text{nombre de personnes accueillies sur l'année}]$: Taux de référence de référence en 2017 = 35.5% soit $[(44 \times 100) / 124]$
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Positionnement de la psychologue au sein de l'équipe Sensibilisation des familles et des mandataires judiciaires Coordination entre les objectifs PAP et les activités menées

AXE N°005
PERFORMANCE
&
MANAGEMENT DE LA QUALITE
Fiche Action N°009

Référent (personne ou institution) : **Direction**

Constat du diagnostic	Difficultés de remplissage et gestion des cohabitations en chambre double
Constat du diagnostic médical	Locaux : Certaines chambres sans douches individuelle Attention à la protection de l'intimité des résidents à l'UPHA (chambres avec vis-à-vis sur l'extérieur) Beaucoup de stockage dans les couloirs
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°9	Maintien d'un taux optimal d'activité
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Aboutir le projet architectural : <ul style="list-style-type: none"> • Validation du Plan Pluriannuel d'Investissement • Elaboration du programme architectural • Lancement du concours architectural - Abonder la réflexion par une recherche d'actions autour de l'EHPAD de demain : Consultation des résidents et professionnels « de demain » sur leurs attendus
Identification des acteurs à mobiliser	COPIIL interne projet architectural Commission d'Admission Partenaires : programmiste, conducteur de travaux, CARSAT, APAVE ARS Laboratoires de recherches (CIRNEF, FRED)
Moyens nécessaires	Validation du Plan Pluriannuel d'Investissement Soutien financier ARS suite à Appel A Projet « Démocratie Sanitaire » Temps de travail
Calendrier prévisionnel	2019 - 2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Lancement du concours & début des travaux Poursuite des recherches actions (Laboratoires Universitaires) <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Taux d'occupation maintenu >95% Nombre d'éléments issus de la recherche action intégrés dans le projet architectural
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Impact sur le prix de journée Communication auprès des résidents, des familles et des mandataires judiciaires sur le déroulé du chantier et les effets des travaux Humanisation des lieux de vie

AXE N°005
PERFORMANCE
&
MANAGEMENT DE LA QUALITE
Fiche Action N°010

Référent (personne ou institution) : **Cadre de Santé – Animateur Vie Sociale**

Constat du diagnostic	Organisation lacunaire de l'évaluation et de la traçabilité des actions thérapeutiques non médicamenteuses								
Constat du diagnostic médical	Animation : Mettre en place la commission d'animation Faire une réflexion sur le planning journalier des animations								
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°10	Accroissement des compétences des professionnels et amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD : Clarifier l'organisation des actions thérapeutiques non médicamenteuses								
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en adéquation des compétences des professionnels avec le poste occupé <ul style="list-style-type: none"> • Repositionnement de l'AMP Faisant Fonction Animation dans les soins • Repositionnement du Moniteur Educateur sur les fonctions éducatives du lundi au vendredi • Recrutement d'un animateur coordinateur de vie sociale • Transformation de 4 ETP ASHFF en AS/AMP • Recrutement d'un art-thérapeute • Déterminer les AS & AMP/AES formés & responsables d'un atelier - Identifier les ateliers en fonction de la population accueillie (Cf. FA 008) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation des MMS • Conception des PAP • Conception d'ateliers aux groupes homogènes de résidents - Supervisions et coordination des ateliers par la cadre de santé et l'animateur coordinateur de la vie sociale : <ul style="list-style-type: none"> • Vérification et ajustement de l'adéquation entre les capacités des professionnels et les ateliers (supports et objectifs) • Vérification et ajustement de l'adéquation entre les ateliers et les objectifs des PAP (Cf. FA 008) • Réajustement en fonction de la gestion globale des ateliers : <ul style="list-style-type: none"> → Participation des résidents en fonction de l'évolution de leurs capacités restantes → Adaptation des ateliers en fonction des besoins des résidents (création de nouveaux ateliers (Cf. FA 008)) • Animation d'espaces et d'outils de coordination et d'échanges pluridisciplinaires entre les professionnels en charge des ateliers (transmissions) 								
Identification des acteurs à mobiliser	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Cadre de Santé</td> <td style="width: 25%;">Psychologue</td> <td style="width: 25%;">Moniteur Educateur</td> <td style="width: 25%;">AMP</td> </tr> <tr> <td>Ergothérapeute</td> <td>Art-thérapeute</td> <td>Animateur</td> <td>AS</td> </tr> </table>	Cadre de Santé	Psychologue	Moniteur Educateur	AMP	Ergothérapeute	Art-thérapeute	Animateur	AS
Cadre de Santé	Psychologue	Moniteur Educateur	AMP						
Ergothérapeute	Art-thérapeute	Animateur	AS						
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un poste d'Animateur coordinateur de la vie sociale après repositionnement de l'AMP faisant fonction animation dans les soins - Transformation de 4 ETP ASHFF en AS/AMP - Création de temps : <ul style="list-style-type: none"> • Animateur coordinateur de la vie sociale : + 1 ETP • Psychologue : + 0.2 ETP • Ergothérapeute : + 0.3 ETP • Art-thérapeute : + 0.2 ETP - Utilisation de TITAN 								

	<ul style="list-style-type: none"> - Site La Peyriche (Ferme comme support d'atelier en médiation animale) - Véhicule & accessibilité pour La ferme de la Peyriche <p style="text-align: right;">.../...</p>
Calendrier prévisionnel	2020 - 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Repositionnement AMP & Moniteur Educateur Qualification AS/AMP Recrutement Animateur & Art Thérapeute</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'ateliers menés annuellement par la psychologue, l'ergothérapeute, le Moniteur Educateur, l'Animateur coordinateur de la Vie Sociale et l'Art-thérapeute Nombre d'ateliers créés annuellement en fonction de l'évolution du profil des résidents</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Communication et accompagnement du projet, des organisations et des positionnements pour lutter contre les Risques Psycho-Sociaux Lisibilité de l'organisation transversale et pluridisciplinaire Optimalisation du bénéfice au résident

AXE N°005
PERFORMANCE
&
MANAGEMENT DE LA QUALITE
Fiche Action N°011

Référent (personne ou institution) : **Direction - Cadre de Santé – Cadres Socio-Educatifs**

Constat du diagnostic	Cessation de l'activité Qi Gong suite à la fin de l'expérimentation positive pour les résidents et les professionnels (Cadre de la Qualité de Vie au Travail)
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°10	Accroissement des compétences des professionnels et amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD : Démarche Qualité de Vie au Travail
Description de l'action	Former les professionnels à un accompagnement des Résidents basé sur la connaissance de soi, ses ressources et propre potentialités : <ul style="list-style-type: none"> - Qi-Gong : ateliers à l'attention des professionnels, des résidents et des aidants - Prendre soins : Formation à l'accompagnement sans épuisement (L. BRISSETTE & M. ARCAND) <p style="text-align: center;">Formation à la gestion des conflits</p>
Identification des acteurs à mobiliser	Intervenant Qi Gong Formateur E. PIRIOU (Conseil Evolution) Professionnels OGRE
Moyens nécessaires	Appel A Projet accepté et financé Temps de travail et de formation Temps de pratique Qi Gong
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Projet accepté et financé par l'Appel A Projet Plan de Formation</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'agents formés Nombre de résidents et d'aidants participants Nombre de séances menées Cotation des Risques Psycho Sociaux par l'OGRE Evaluation CHSCT</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Déploiement d'une démarche « Qualité de Vie au Travail » pour lutter contre les Risques Psycho Sociaux « Prendre soin » : Accompagner sans s'épuiser Prévention de l'épuisement professionnel

ANNEXE 3 - EHPAD

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Fiches Action	Indicateurs de suivi Indic. de mise en œuvre	Cible à atteindre Indic. de résultat (impact)	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES (Moyens nécessaires associés)
				Calendrier					
				2019	2020	2021	2022	2023	
N° 1 Signer une convention avec le cabinet dentaire	Fiche Action N°1	Convention signée	Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission Nombre de venue sur site						Repositionner 1 AMP dans les soins pour maintenir les rendez-vous extérieurs Aménagement d'un lieu de dépistage et bilans sur site Temps de réunion et de coordination Formation aux soins pratiques bucco-dentaires
N°2 Mise en place d'innovation en santé : Télé médecine	Fiche Action N°2	AAP accepté Conventions signées Lettres d'engagement	Nombre d'activités de télé médecine mises en œuvre Nombre d'actes facturés en télé médecine par type d'activité						AAC 2018 : Financement des équipements (6 000€) Structuration et aboutissement des projets par les établissements porteurs (CH Périgueux & Verger des Balans) Temps personnel infirmier : +0.5 ETP IDE Temps de médecin coordonnateur : +0.10 ETP
N°3 Mise en place D'initiative de spécialisation de l'offre en EHPAD : Perfectionnement de l'accompagnement des Personnes Handicapées Agées à l'UPHA de l'EHPAD	Fiche Action N°3	Planning attestant du positionnement de l'AMP et Moniteur Educateur en semaine	Nombre d'ateliers menés le matin par le ME et par l'Animateur et Art-Thérapeute						Repositionnement de l'AMP FF Animation sur les soins → Présence du ME du lundi au vendredi sur les fonctions éducatives Création d'un poste animation à la place de l'AMP FF Animation → Planification et coordination des ateliers du matin
N°4 Mise en place d'une politique du bon usage du médicament et de prévention de la iatrogénie	Fiche Action N°4	Installation de TITAN et formation réalisées	Elaboration du livret thérapeutique avec fiches pratiques (médicaments broyables, injectables en sous cutanés), protocole thérapeutique dont médicaments potentiellement inappropriés						Temps de réunion Temps de travail Temps Médecin Coordonnateur : + 0.10 ETP

TABEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Fiches Action	Indicateurs de suivi Indic. de mise en œuvre	Cible à atteindre Indic. de résultat (impact)	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES (Moyens nécessaires associés)
				Calendrier					
				2019	2020	2021	2022	2023	
N°5 Remobilisation et autonomisation des personnes : réduire le risque de chute	Fiche Action N°5	Nombre de déclarations systématiques et analyses Existence d'un bilan annuel Existence de plans d'actions individuels	Réduction du nombre de chutes par item (Créneau horaire, lieu, profil de résident,...)			↕			Poste ergothérapeute occupé (recrutement à partir de Septembre 2018) et opérationnel : - Temps ergothérapeute : + 0.3 ETP - Connaissance des feuilles de déclaration, maîtrise du logiciel, connaissance des profils de résidents - Formation médecin coordonnateur sur les conséquences d'une chute : - Temps médecin coordonnateur : + 0.10 ETP - Poursuite Sport Adapté - Finalisation de la mise en œuvre de l'Ad'AP : - Aboutir le projet architectural (Cf. FA 9)
N°6 Prise en charge de la douleur : Evaluer systématiquement la douleur	Fiche Action N°6	Existence de protocole validé par le Médecin Coordonnateur et par les médecins traitants libéraux Taux de personnel formé	Taux annuel d'évaluation de la douleur chez les résidents (Nombre d'évaluation de la douleur/nombre de résidents)			↕			Formation du personnel Management par Personnel Infirmier et Médecin Coordonnateur Temps personnel infirmier : + 0.50 ETP Temps Médecin Coordonnateur : + 0.10 ETP
N°7 Amélioration de la couverture vaccinale (notamment pour le plan vaccinal grippe) des personnes âgées et des professionnels	Fiche Action N°7	Nombre de communication annuelle Supports de communication édités	Nombre de résidents et de professionnels atteints par la grippe et/ou infections IRA			↕			Temps de travail Temps d'information du Médecin Coordonnateur ou du personnel infirmier pour l'EHPAD Temps Médecin Coordonnateur : + 0.10 ETP Temps personnel infirmier : + 0.50 ETP


TABEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Fiches Action	Indicateurs de suivi <small>Indic. de mise en œuvre</small>	Cible à atteindre <small>Indic. de résultat (Impact)</small>	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES <small>(Moyens nécessaires associés)</small>
				Calendrier					
				2019	2020	2021	2022	2023	
N°8 Suivre l'évolution des projets d'accompagnement personnalisé (PAP) en intégrant les MMS, afin d'adapter les ateliers thérapeutiques non médicamenteux	Fiche Action N°8	Existence d'une procédure de réévaluation des PAP Traçabilité de l'évaluation du MMS à l'entrée au sein du protocole d'accueil du résident	Taux de PAP réévalués sur une année (nombre de PAP réévalués / nombre de personnes accueillies présentes sur l'année entière) Taux de PAP total cumulé à jour (nombre de PAP total à jour/nombre de personnes accueillies sur l'année)						Temps de travail Temps de psychologue afin d'augmenter le pourcentage de réévaluation Temps de psychologie : + 0.20 ETP Ateliers thérapeutiques non médicamenteux (FA 010)
N°9 Maintien d'un taux optimal d'activité	Fiche Action N°9	Lancement du concours & début des travaux Poursuite des recherches actions (Laboratoires Universitaires)	Taux d'occupation > 95% Nombre d'éléments issus de la recherche action intégrés dans le projet architectural						Validation du PPI Soutien financier ARS suite à Appel à projet « Démocratie Sanitaire » Temps de travail

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Fiches Action	Indicateurs de suivi <small>Indic. de mise en œuvre</small>	Cible à atteindre <small>Indic. de résultat (impact)</small>	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES <small>(Moyens nécessaires associés)</small>
				Calendrier					
				2019	2020	2021	2022	2023	
N°10 Accroissement des compétences des professionnels et amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD : Clarifier l'organisation des actions thérapeutiques non médicamenteuses	Fiche Action N°10	Repositionnement AMP & Moniteur Educateur Qualification AS/AMP Recrutement Animateur & Art thérapeute	Nombre d'ateliers menés par la psychologue, l'ergothérapeute, le moniteur éducateur, l'animateur coordinateur de la vie sociale et l'art-thérapeute Nombre d'ateliers créés annuellement en fonction de l'évolution des profils des résidents						Création d'un poste d'animateur coordinateur de la vie sociale après repositionnement de l'AMP faisant fonction animation dans les soins Transformation de 4 ETP ASHFF en AS/AMP Création de temps : <ul style="list-style-type: none"> • Animateur coordinateur de la vie sociale : +1 ETP • Psychologue : +0.2 ETP • Ergothérapeute : +0.3 ETP • Art-thérapeute : +0.2 ETP Utilisation de TITAN Site la Peyriche (ferme comme support d'atelier en médiation animale) Véhicule et accessibilité pour la ferme de la Peyriche"

TABEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Fiches Action	Indicateurs de suivi Indic. de mise en oeuvre	Cible à atteindre Indic. de résultat (impact)	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES (Moyens nécessaires associés)
				Calendrier					
				2019	2020	2021	2022	2023	
N°10 Accroissement des compétences professionnelles et amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD : Démarche Qualité de Vie au Travail	 Fiche Action N°11	Projet accepté et financé par l'Appel A Plan de Formation	Nombre d'agents formés						Appel A Projet accepté et financé Temps de travail et de formation Temps de pratique Qi Gong
			Nombre de résidents et d'aidants participants						
			Nombre de séances menées Cotation des Risques Psycho Sociaux par l'OGRE Evaluation CHSCT						

ANNEXE 4 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale

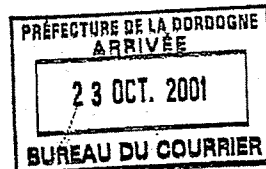


ORIGINAL

République Française
Liberté - Egalité - Fraternité

DIRECTION DEPARTEMENTALE
DE LA SOLIDARITE
ET DE LA PREVENTION
(D.D.S.P.)

011374



SERVICE DES ETABLISSEMENTS

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DE LA DORDOGNE,

VU la loi n° 75.535 du 30 juin 1975 modifiée, relative aux Institutions Sociales et Médico-Sociales ;

VU la loi n° 83.663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83.8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat ;

VU la loi n° 86.17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'action sociale et de santé ;

VU le décret n° 95.185 du 14 Février 1995 relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et des services sociaux et médico-sociaux ;

VU la délibération du Conseil d'Administration de la Maison de Retraite publique de BOURDEILLES en date du 18 Novembre 1999 concernant les travaux d'humanisation et d'extension de 3 lits supplémentaires.

SUR proposition de Madame le Directeur Départemental de la Solidarité et de la Prévention ;

ARRETE

ARTICLE 1er : La nouvelle capacité de la Maison de Retraite de BOURDEILLES est portée de 93 lits à 96 lits.

ARTICLE 2 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est accordée à la Maison de Retraite Publique de BOURDEILLES pour la totalité de sa capacité soit 96 lits.

ARTICLE 3 : Monsieur le Directeur Général des Services Départementaux de la Dordogne, Madame le Directeur Départemental de la Solidarité et de la Prévention, Monsieur le Président du Conseil d'Administration et Monsieur le Directeur de l'Etablissement susvisé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Dordogne.

Périgueux, le 22 OCT. 2001

LE PRESIDENT

POUR AMPLIATION

Signé Bernard CAZEAU

Le Directeur Général Adjoint
Directeur des Moyens
et des Services Administratifs

André MIGOUT

1. LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE

Modalités de mise en œuvre :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiation de la démarche d'auto-évaluation dès 2008 - participation à la phase expérimentale de la conduite de l'évaluation interne en EHPAD selon les préconisations de l'ANESM - L'évaluation interne 2011 a été réévaluée en 2012 à l'aide du logiciel de la FHF - Groupes de travail sur thématiques repérées <p>FAIBLESSES :</p> <p>Pas de point faible identifié</p>	
Participation des usagers :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une restitution a été présentée au CVS, aux équipes et aux représentants du Personnel. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sollicitation des usagers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'implication des résidents dans la prochaine évaluation
Elaboration du plan d'amélioration continu de la qualité (PACQ) et suivi des résultats	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan d'action réalisé - Plan d'action fait référence aux fiches actions <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des actions 	<ul style="list-style-type: none"> - Définir des référents par action et des délais de mise en œuvre - Planifier des réunions pour le comité de pilotage

2. PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS ANESM

Modalités d'appropriation :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations utilisées par les cadres pour la rédaction des protocoles et PAP. • participation à la phase expérimentale de la conduite de l'Evaluation interne en EHPAD selon les préconisations de l'ANESM <p>FAIBLESSES :</p> <p>Pas de point faible identifié</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le suivi annuel des indicateurs recommandés par l'ANESM

Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des groupes de travail thématiques • La connaissance des recommandations par le personnel. <p>FAIBLESSES :</p> <p>Pas de point faible identifié</p>	

3. ELABORATION, MISE EN ŒUVRE ET ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT ET ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE.

Caractérisation de la population accompagnée :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
Durée moyenne de séjour : 5 ans 6 mois 10 jours GMP : 765, 68 septembre 2014 GIR 1 et 2 : 61% en septembre 2014. Les résidents sont majoritairement originaires du bourg ou du canton.	Poursuivre l'actualisation des indicateurs de suivi de la population accompagnée afin d'en définir les caractéristiques.

Formalisation et actualisation du projet : (F1)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
FORCES : Dans l'attente d'une réactualisation du Projet d'Etablissement, des actions collectives fortes ont été engagées pour l'alimenter (Livret d'accueil des professionnels, Charte du Personnel, Guide Qualité,...)	Niveau Stratégique et institutionnel : - Réactualisation du projet d'établissement Niveau fonctionnel :
FAIBLESSES : <ul style="list-style-type: none"> • L'enquête de satisfaction reste à réaliser. • Une réactualisation nécessaire du Projet d'établissement. 	

Adaptation des activités et prestations à la population accompagnée : (D2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un temps précieux est consacré à l'animation individualisée. - Des activités nombreuses et adaptées aux demandes des résidents. - Des activités adaptées sont proposées aux résidents présentant des troubles cognitifs. - Les informations concernant la présence des résidents aux activités et les réactions spécifiques qu'ils ont pu avoir sont intégrées dans le PSI. - Une méthode formalisée existe pour évaluer les activités. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de temps pour exploiter l'évaluation des activités 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel : S'interroger sur l'intérêt et l'importance de la mise en œuvre des fiches d'évaluation pour les activités d'animation, parmi les autres priorités de l'établissement.</p> <p>Niveau fonctionnel : Créer un groupe projet avec les animatrices et l'IDER pour permettre la réalisation de cette évaluation. Expérimenter un temps pour en tirer les conclusions. un temps pour en tirer les conclusions.</p>

4. OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT

L'échange avec les partenaires / Formalisation des collaborations : (F2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un projet architectural est conçu, avec notamment la création d'espaces destinées aux activités thérapeutiques. - Une ouverture de l'établissement sur la vie du bourg et le partenariat. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accessibilité de l'établissement aux personnes à mobilité réduite doit être améliorée. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer comme prioritaire l'accessibilité dans le projet architectural <p>Niveau fonctionnel :</p>

5. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Capacité à évaluer avec les résidents les besoins et attentes / Conditions d'élaboration du projet personnalisé : (D1)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les outils pour le déploiement des Projets Personnalisés sont mis en œuvre. - Le Projet Personnalisé est élaboré par une équipe pluridisciplinaire. - Résident et famille sont sollicités. - Le Projet Personnalisé peut être consulté par l'ensemble de l'équipe. - Un support de recueil des habitudes de vie créé en interne - Le document relatif au PAP « Source de connaissance » créé en démarche participative initiée dès 2008. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation du Projet Accompagnement Personnalisé (PAP) se fait de manière empirique (ré interrogations des objectifs, poursuite des objectifs, élaboration de nouveaux objectifs...) 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <p>Niveau fonctionnel : Créer un groupe projet pluridisciplinaire animé par la psychologue (responsable des Projets Personnalisés), pour l'élaboration d'une méthode d'évaluation du projet personnalisé.</p>

6. L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS

Effectivité des droits individuels et collectifs : (A1-A2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le consentement de la personne est toujours recherché. ➤ Une psychologue garante des Projets Personnalisés et qui conduit un entretien approfondi avec chaque résident. ➤ Une politique d'établissement et une organisation soucieuse de préserver la liberté d'aller et venir pour chacun. ➤ Réflexion éthique et documents de référence (protocole, périmètre de déambulation acceptable en collaboration avec les familles). ➤ De nombreux indicateurs garantissent le respect des droits pour chacun. ➤ Un « registre de conciliation » met davantage l'accent sur l'esprit « lieu de vie » et la volonté de traiter les problèmes rencontrés. ➤ Différentes instances permettent aux résidents de s'exprimer : CA, CVS, commission des menus, commission d'animation ➤ Un groupe très original a été créé pour permettre l'expression des résidents ayant des déficiences mentales. ➤ Un Conseil de la Vie Sociale dynamique. ➤ Une équipe de cuisiniers à l'écoute des résidents et une commission des menus dynamique. ➤ Des menus régulièrement adaptés aux nouvelles demandes. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les contraintes architecturales ne permettent pas une déambulation sécurisée. ➤ Réflexion sur l'enquête de satisfaction n'a pas été mise en oeuvre 	<p>3. Niveau Stratégique et institutionnel : Intégrer la préoccupation d'une déambulation sécurisée au sein du projet architectural</p> <p>Mettre en œuvre le projet en cours d'enquête de satisfaction, et notamment sur la restauration.</p> <p>4. Niveau fonctionnel : Formaliser les réflexions éthiques et les mesures qui en sont issues concernant la liberté d'aller et venir et plus largement la garantie des droits individuels.</p> <p>Prévoir un groupe de suivi du traitement de l'enquête de satisfaction restauration et des actions d'amélioration (cuisinier, assistante qualité, représentant des familles, résidents)</p> <p>Envisager la même démarche pour les autres volets du questionnaire de satisfaction</p>

Organisation permettant le respect de la dignité et du droit à l'intimité : (A3-A4)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La discrétion des échanges est assurée dans l'ensemble des locaux. - Après tout dépôt de dossier complet de demande d'admission, une réponse écrite est systématiquement envoyée. - Un accueil physique est assuré le samedi. - Les demandes d'admission sont examinées par une équipe pluridisciplinaire. - L'organisation de la première journée est précisément décrite. - Des signes spécifiques de bienvenue sont adressés à chaque résident. - Elaboration d'un document très précis (Source de connaissance), pour le recueil des informations nécessaires au Projet Personnalisé. - Une aide est proposée au résident et famille quant aux démarches administratives concernant l'admission et la demande des aides financières. - Le respect de la confidentialité des informations concernant le résident est assuré. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La discrétion des échanges et le respect de l'intimité ne peut être assurée dans les chambres doubles. - Contrats de séjour et règlement de fonctionnement restent à réactualiser dans le cadre de la fusion. - En l'absence de leur destinataire, les messages oraux et téléphoniques reçus à l'Accueil ne sont pas systématiquement notés sur un support normé. - La mise en place d'un référent pour chaque résident n'a pu être mise en œuvre. - L'organisation de la première journée d'accueil n'est pas évaluée. - Seul l'outil informatique permet le suivi et l'évaluation de l'adaptation du résident. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un support normé de transmission des messages oraux et téléphoniques. • Identifier les raisons pour lesquelles le référent n'a pu être mis en place. • Mettre en place un support permettant le suivi et l'évaluation de l'adaptation du résident. <p>Niveau fonctionnel :</p>

Prise en compte des principaux risques identifiés : (B1-B2-B3-B4-B5-B6-B7)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
La prévention et la prise en charge de la douleur :	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le repérage de la douleur (traçabilité dans le PSI) La formation des soignants <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'absence d'évaluation systématique de la douleur avec les échelles choisies L'absence de suivi des effets antalgiques Le défaut de traçabilité spécifique (inscrit dans les transmissions) Le manque d'intérêt des médecins traitants pour les mesures factuelles de la douleur 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Missionner le prochain médecin coordonnateur sur le relationnel avec les médecins traitants afin de les inciter à tenir compte des mesures factuelles effectuées par l'équipe <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Continuer à repérer et évaluer les plaintes liées à la douleur Systematiser l'utilisation d'une échelle pour évaluer la plainte Evaluer systématiquement toute plainte à l'aide d'une échelle Tracer les résultats de cette évaluation sur un document (informatique ou papier) spécifique et pour chaque résident Créer un document de suivi de la douleur, des actions mises en place et des résultats obtenus
La prévention de la prise en charge des chutes :	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'existence des protocoles « chute » (déclaration, prise en charge, guide de bonnes pratiques) et « contention » Feuille de déclaration des chutes recensées et suivies par l'ergothérapeute Le logiciel « L'antichute » qui permet d'avoir des éléments statistiques complets L'élaboration d'une cartographie des risques résident et structure (en cours) <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Absence de document d'évaluation et de suivi des actions mise en place 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Systematiser l'évaluation des actions mises en place afin d'en assurer un suivi personnalisé et d'adapter les solutions à l'évolution des résidents <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Créer un document d'évaluation et du suivi des actions mise en place
La prévention et la prise en charge des escarres :	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'existence d'un protocole « escarres » La formation du personnel soignant L'existence d'un référent « escarre » dans l'équipe d'AS <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'absence d'indicateur formalisé dans le cadre de la prévention des escarres Absence de temps formalisé entre diététicienne / soignants 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Formaliser des indicateurs d'alerte et de suivi des escarres <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Solliciter la diététicienne pour appuyer les actions de soins par une nutrition adaptée et enrichie
La prévention et la prise en charge de la dénutrition :	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les textures modifiées mises en place Le travail consensuel sur les protocoles de dénutrition La possibilité d'avoir un plat de résistance de substitution 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réfléchir à la mise en place d'un temps de rencontre diététicienne / soignants Etudier les conditions de mise en œuvre d'une

<ul style="list-style-type: none"> - La présence d'une diététicienne dédiée à l'établissement - L'évaluation quotidienne du degré d'autonomie des résidents par l'observation <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de texture intermédiaire hachée - Le temps de présence réduit de la diététicienne - Le manque de formalisation de l'évaluation du degré d'autonomie des résidents (observation) 	<p>texture hachée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solliciter le financement d'un temps supplémentaire de diététicienne pour élargir ses domaines d'action. <p>Niveau fonctionnel :</p> <p>Formaliser l'évaluation du degré d'autonomie des résidents en créant un outil factuel</p>
<p>La prévention et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement :</p>	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conventions signées (Verger des Balans, CMP) - Les activités thérapeutiques proposées par les animatrices et le personnel soignant et paramédical - La présence d'une art thérapeute <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance de la formalisation du suivi des actions mises en place par les soignants 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer une culture de traçabilité concernant les activités mises en place. <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimiser la traçabilité et croiser les données des divers professionnels - Analyser les données recueillies pour adapter les activités mises en place.
<p>L'analyse et la maîtrise du risque infectieux :</p>	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les protocoles formalisés - Le matériel à disposition des soignants - Le renforcement des mesures barrières <p>FAIBLESSES :</p> <p>Pas de point faible identifié</p>	<p>3. Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <p>4. Niveau fonctionnel :</p>
<p>La continuité de soins :</p>	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formalisation d'une procédure d'urgence - La nomination de référents (incontinence, bien être...) - Les transmissions informatisées accessibles aux soignants et personnels autorisés - Les temps de réunions organisés pour la cohérence et la continuité des soins <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de transmissions ciblées - L'absence de saisie des transmissions au fur et à mesure des soins - L'absence de médecin coordonnateur spécifique à l'EHPAD 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recruter rapidement un médecin coordonnateur pour coordonner les activités médicales et établir les rapports obligatoires <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des transmissions ciblées de manière à ce que les informations ne soient pas « noyées » dans les transmissions informatiques - Réfléchir à la mise en œuvre de moyens permettant la saisie des transmissions au fur et à mesure des soins pour éviter la perte d'informations inéluctable lorsque les soignants effectuent leurs transmissions en fin de soins ou de service

Disposition mise en place : (formations – traitement des faits de maltraitance) : (B9)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La dynamique du personnel pour accompagner au mieux les résidents - L'esprit d'amélioration continue - Les formations « bientraitance » et « Alzheimer » <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'évaluation des pratiques - Une harmonisation des pratiques à parfaire concernant le change des résidents la nuit (réveil pour les changes) - L'état de santé du résident prévaut sur son désir de ne pas être dérangé la nuit 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instaurer une réflexion en équipe sur la prise en soins des résidents la nuit, y associer les familles au besoin, pour traiter les cas des résidents qui ne veulent pas de visite la nuit mais qui sont à risque (chute, malaise...). <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles - Harmoniser les pratiques sur la systématisation ou non des changes la nuit des personnes qui dorment

7. APPRECIATION GLOBALE DES EVALUATEURS EXTERNES

L'établissement est particulièrement agréable dès l'entrée : l'accueil décorée renvoie immédiatement une image de lieu de vie, telle que ce cela est préconisé pour les EHFAD. Le personnel est accueillant, souriant et à l'écoute.

La rencontre des membres du CVS et des familles (entretiens collectifs des 22 et 23 septembre 2014) permet de noter la satisfaction des usagers quant à l'établissement.

Nous tenons à mettre l'accent sur la dynamique perçue auprès de l'ensemble des professionnels rencontrés : l'envie authentique d'améliorer les conditions de vie des résidents, l'attention portée sur tout ce qui peut permettre de progresser en matière d'organisation, de soins, de relationnel...

La vision de l'équipe de direction est claire et permet au personnel de travailler dans une même orientation. Le discours entendu est vrai et cela se ressent auprès des personnels, des résidents et de leurs familles.

La volonté de souder l'équipe autour de valeurs partagées semble donner des résultats positifs, pour l'essentiel de ce qui a été observé.

8. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION EXTERNE

<p>Préparation de la Visite</p>	<p>Une rencontre avec la direction a eu lieu au sein de l'établissement sur 1 journée par 2 évaluateurs afin de lancer la mission et de préparer la visite. Une présentation de la démarche à l'équipe de direction et aux équipes présentes ont été réalisées. Les documents ont été demandés et analysés. Un planning d'intervention a été proposé, ajusté et validé par l'établissement.</p>
<p>La visite d'évaluation</p>	<p>La visite d'évaluation a été menée sur 2 jours consécutifs par 2 évaluateurs de profils professionnels différents ayant tous une expérience de plusieurs années en EHPAD. Des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés (avec les directeurs ou responsables de service, les professionnels, les représentants du CVS, un certain nombre d'usagers.....). Des documents ont été consultés sur place pour approfondir le recueil d'informations et l'analyse.</p>
<p>Le rapport d'évaluation externe</p>	<p>Le rapport réalisé par les évaluateurs a été transmis à un groupe de relecture, indépendant de l'équipe d'évaluateurs. Le pré-rapport a été ensuite transmis au commanditaire pour mise en débat (procédure contradictoire), avant remise du rapport définitif.</p>

9. COMMENTAIRES DE L'EHPAD SUR L'EVALUATION EXTERNE

Sur le déroulement de l'évaluation externe

La démarche d'évaluation externe représente une étape importante dans l'histoire de l'EHPAD. En effet, elle permet, d'une part, de valoriser la démarche qualité en vigueur depuis plusieurs années, et d'autre part d'envisager les fondements de la démarche qualité de l'EPAC Les 2 séquoias auquel appartient désormais l'EHPAD.

La démarche qualité actuelle a été lancée en 2008 par une auto-évaluation pluridisciplinaire et participative. Elle a donné lieu à un plan d'action pluriannuel. L'évaluation interne s'est déroulée en 2011, dans le cadre de l'expérimentation de l'ANESM. Elle a été réévaluée en 2012.

L'EHPAD a positionné un adjoint administratif sur un poste en partie consacré au suivi de la démarche qualité et à la traçabilité.

Le personnel a eu connaissance de la démarche de l'évaluation externe et des enjeux liés. Une information a été faite auprès des résidents et familles. Cela a facilité les rencontres et expressions durant les entretiens lors de la venue des évaluateurs sur site. Les professionnels et les familles ont fait preuve d'une grande implication.

L'ensemble des acteurs s'est mobilisé pour un moment institutionnel fort et attendu.

L'évaluation externe s'est déroulée sur deux jours, sous forme d'entretiens individuels et collectifs. Les évaluateurs se sont montrés à l'écoute et intéressés par le fonctionnement et les initiatives de l'EHPAD de Bourdeilles. Ils ont tenu compte du contexte. L'ensemble des personnes rencontrées a apprécié le climat convivial des échanges.

Le rapport final a été établi après la quatrième lecture. A chaque navette, le rapport a été relu par plusieurs membres du COPIL de l'EHPAD. L'équipe de FASE a porté attention aux remarques contradictoires : la totalité des remarques contradictoires transmises par l'EHPAD a été prise en compte dans le rapport final.

Sur les conclusions de l'évaluation externe

Le constat des évaluateurs est globalement conforme au ressenti des professionnels de l'établissement, en ce qui concerne les points forts et les points à améliorer. Certains éléments rejoignent le plan d'action déjà établi depuis 2008, soit par un point fort évoquant l'aboutissement de l'action, soit par un point faible déjà identifié et non corrigé à ce jour. Il y a une cohérence entre les conclusions de l'évaluation externe et les conclusions des évaluations internes de 2008 et de 2011.

Les évaluateurs ont été sensibles à l'ambiance générale, à l'esprit de travail des professionnels, centré sur la réponse aux besoins des résidents, et aux valeurs portées par la Direction.

Dans le cadre de l'EPAC Les 2 séquoias, issu de la fusion de l'EHPAD de Bourdeilles et du Foyer la Prada, l'EHPAD va réinvestir les conclusions de l'évaluation externe. Elles seront retravaillées à l'échelle de l'EPAC dans le cadre du projet d'établissement commun, et de la démarche qualité conjointe.

SYNTHESE

EVALUATION EXTERNE

SYNTHESE

1- La démarche d'évaluation interne

Modalités de mise en œuvre :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Initiation de la démarche d'auto-évaluation dès 2009 Participation à la phase expérimentale de la conduite de l'évaluation interne en EHPAD selon les préconisations de l'ANESM L'évaluation interne 2011 a été réévaluée en 2012 à l'aide du logiciel de la F.I.F Groupes de travail sur thématiques repérées <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de point faible identifié 	
Participation des usagers :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une restitution a été présentée au DVS, aux équipes et aux représentants du Personnel. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> La sollicitation des usagers. 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre l'implication des résidents dans la prochaine évaluation.
Elaboration du plan d'amélioration continu de la qualité (PACQ) et suivi des résultats	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Plan d'action réalisé Plan d'action fait référence aux fiches actions <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suivi des actions 	<ul style="list-style-type: none"> Donner des références par action et des détails de mise en œuvre Planifier des réunions pour le comité de pilotage

2 Prise en compte des recommandations ANESM

Modalités d'appropriation :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Recommandations utilisées par les cadres pour la rédaction des protocoles et PAP. participation à la phase expérimentale de la conduite de l'évaluation interne en EHPAD selon les préconisations de l'ANESM <p>FAIBLESSES :</p> <p>Pas de point faible identifié</p>	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le suivi annuel des Indicateurs recommandés par l'ANESM

Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des groupes de travail thématiques La connaissance des recommandations par le personnel. <p>FAIBLESSES :</p> <p>Pas de point faible identifié</p>	

3 - Elaboration, mise en œuvre et actualisation du projet d'établissement et organisation de la qualité de la prise en charge.

Caractérisation de la population accompagnée :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>Durée moyenne de séjour : 5 ans 6 mois 10 jours</p> <p>GMP : 785, 68 septembre 2014</p> <p>GIR 1 et 2 : 61 % en septembre 2014.</p> <p>Les résidents sont majoritairement originaires du bourg ou du canton</p>	<p>Poursuivre l'actualisation des Indicateurs de suivi de la population accompagnée afin d'en définir les caractéristiques.</p>

Formalisation et actualisation du projet : (F1)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <p>Dans l'attente d'une réactualisation du Projet d'Établissement, des actions collectives fortes ont été engagées pour l'alimenter (Livret d'accueil des professionnels, Charte du Personnel, Guide Qualité....)</p> <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'enquête de satisfaction reste à réaliser. • Une réactualisation nécessaire du Projet d'établissement. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réactualisation du projet d'établissement <p>Niveau fonctionnel :</p>

Adaptation des activités et prestations à la population accompagnée : (D2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un temps précieux est consacré à l'animation individualisée. - Des activités nombreuses et adaptées aux demandes des résidents. - Des activités adaptées sont proposées aux résidents présentant des troubles cognitifs. - Les informations concernant la présence des résidents aux activités et les réactions spécifiques qu'ils ont pu avoir sont intégrées dans le PSI. - Une méthode formalisée existe pour évaluer les activités. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de temps pour exploiter l'évaluation des activités. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <p>S'interroger sur l'intérêt et l'importance de la mise en œuvre des fiches d'évaluation pour les activités d'animation, parmi les autres priorités de l'établissement.</p> <p>Niveau fonctionnel :</p> <p>Créer un groupe projet avec les animatrices et l'IDER pour permettre la réalisation de cette évaluation. Expérimenter un temps pour en tirer les conclusions, un temps pour en tirer les conclusions.</p>

4 - Ouverture de l'établissement sur son environnement.

L'échange avec les partenaires / Formalisation des collaborations : (F2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un projet architectural est conçu, avec notamment la création d'espaces destinés aux activités thérapeutiques. - Une ouverture de l'établissement sur la vie du bourg et le partenariat. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accessibilité de l'établissement aux personnes à mobilité réduite doit être améliorée. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer comme prioritaire l'accessibilité dans le projet architectural <p>Niveau fonctionnel :</p>

5 - Personnalisation de l'accompagnement

Capacité à évaluer avec les résidents les besoins et attentes / Conditions d'élaboration du projet personnalisé : (D1)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les outils pour le déploiement des Projets Personnalisés sont mis en œuvre. - Le Projet Personnalisé est élaboré par une équipe pluridisciplinaire. - Résident et famille sont sollicités. - Le Projet Personnalisé peut être consulté par l'ensemble de l'équipe. - Un support de recueil des habitudes de vie créé en interne - Le document relatif au PAP « Source de connaissance » créé en démarche participative initiée dès 2008. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation du Projet Accompagnement Personnalisé (PAP) se fait de manière empirique (ré Interrogations des objectifs, poursuite des objectifs, élaboration de nouveaux objectifs...) 	<p>Niveau Stratégique et Institutionnel :</p> <p>Niveau fonctionnel :</p> <p>Créer un groupe projet pluridisciplinaire animé par la psychologue (responsable des Projets Personnalisés), pour l'élaboration d'une méthode d'évaluation du projet personnalisé.</p>

6 - Expression et participation individuelle et collective des résidents

Effectivité des droits individuels et collectifs : (A1-A2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le consentement de la personne est toujours recherché. ➤ Une psychologue garante des Projets Personnalisés et qui conduit un entretien approfondi avec chaque résident. ➤ Une politique d'établissement et / une organisation soucieuse de préserver la liberté d'aller et venir pour chacun. ➤ Réflexion éthique et documents de référence (protocole, périmètre de déambulation acceptable en collaboration avec les familles). ➤ De nombreux indicateurs garantissent le respect des droits pour chacun. ➤ Un « registre de conciliation » met davantage l'accent sur l'esprit « lieu de vie » et la volonté de traiter les problèmes rencontrés. ➤ Différentes instances permettent aux résidents de s'exprimer: CA, CVO, commission des menus, commission d'animation ➤ Un groupe très original a été créé pour permettre l'expression des résidents ayant des déficiences mentales. ➤ Un Conseil de la Vie Sociale dynamique. ➤ Une équipe de cuisiniers à l'écoute des résidents et une commission des menus dynamique. ➤ Des menus régulièrement adaptés aux nouvelles demandes. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les contraintes architecturales ne permettent pas une déambulation sécurisée. ➤ Réflexion sur l'enquête de satisfaction n'a pas été mise en œuvre 	<p>1. Niveau Stratégique et Institutionnel : Intégrer la préoccupation d'une déambulation sécurisée au sein du projet architectural</p> <p>Mettre en œuvre le projet en cours d'enquête de satisfaction, et notamment sur la restauration.</p> <p>2. Niveau fonctionnel : Formaliser les réflexions éthiques et les mesures qui en sont issues concernant la liberté d'aller et venir et plus largement la garantie des droits individuels.</p> <p>Prévoir un groupe de suivi du traitement de l'enquête de satisfaction restauration et des actions d'amélioration (cuisinier, assistante qualité, représentant des familles, résidents)</p> <p>Envisager la même démarche pour les autres volets du questionnaire de satisfaction</p>

Organisation permettant le respect de la dignité et du droit à l'intimité : (A3-A4)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La discrétion des échanges est assurée dans l'ensemble des locaux. - Après tout dépôt de dossier complet de demande d'admission, une réponse écrite est systématiquement envoyée. - Un accueil physique est assuré le samedi. - Les demandes d'admission sont examinées par une équipe pluridisciplinaire. - L'organisation de la première journée est précisément décrite. - Des signes spécifiques de bienvenue sont adressés à chaque résident. - Elaboration d'un document très précis (Source de connaissance), pour le recueil des informations nécessaires au Projet Personnalisé. - Une aide est proposée au résident et famille quant aux démarches administratives concernant l'admission et la demande des aides financières. - Le respect de la confidentialité des informations concernant le résident est assuré. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La discrétion des échanges et le respect de l'intimité ne peut être assurée dans les chambres doubles. - Contrat de séjour et règlement de fonctionnement restent à réactualiser dans le cadre de la fusion. - En l'absence de leur destinataire, les messages oraux et téléphoniques reçus à l'Accueil ne sont pas systématiquement notés sur un support normé. - La mise en place d'un référent pour chaque résident n'a pu être mise en œuvre. - L'organisation de la première journée d'accueil n'est pas évaluée. - Seul l'outil informatique permet le suivi et l'évaluation de l'adaptation du résident. 	<p>Niveau Stratégique et Institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un support normé de transmission des messages oraux et téléphoniques. • Identifier les raisons pour lesquelles le référent n'a pu être mis en place. • Mettre en place un support permettant le suivi et l'évaluation de l'adaptation du résident. <p>Niveau fonctionnel :</p>

Prise en compte des principaux risques identifiés : (B1-B2-B3-B4-B5-B6-B7)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
La prévention et la prise en charge de la douleur :	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le repérage de la douleur (traçabilité dans le PSI) La formation des soignants <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'absence d'évaluation systématique de la douleur avec les échelles choisies L'absence de suivi des effets antalgiques Le défaut de traçabilité spécifique (inscrit dans les transmissions) Le manque d'intérêt des médecins traitants pour les mesures factuelles de la douleur 	<p>Niveau Stratégique et Institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Missionner le prochain médecin coordonnateur sur le relationnel avec les médecins traitants afin de les inciter à tenir compte des mesures factuelles effectuées par l'équipe <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Continuer à repérer et évaluer les plaintes liées à la douleur Systématiser l'utilisation d'une échelle pour évaluer la plainte Évaluer systématiquement toute plainte à l'aide d'une échelle Tracer les résultats de cette évaluation sur un document (Informatique ou papier) spécifique et pour chaque résident Créer un document de suivi de la douleur, des actions mises en place et des résultats obtenus
La prévention de la prise en charge des chutes :	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'existence des protocoles « chute » (déclaration, prise en charge, guide de bonnes pratiques) et « contention » Fauille de déclaration des chutes recensées et suivies par l'ergothérapeute Le logiciel « L'antichute » qui permet d'avoir des éléments statistiques complets L'élaboration d'une cartographie des risques résident et structure (en cours) <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Absence de document d'évaluation et de suivi des actions mise en place 	<p>Niveau Stratégique et Institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Systématiser l'évaluation des actions mises en place afin d'en assurer un suivi personnalisé et d'adapter les solutions à l'évolution des résidents <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Créer un document d'évaluation et du suivi des actions mise en place
La prévention et la prise en charge des escarres :	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'existence d'un protocole « escarres » La formation du personnel soignant L'existence d'un référent « escarre » dans l'équipe d'AS <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'absence d'indicateur formalisé dans le cadre de la prévention des escarres Absence de temps formalisé entre diététicienne / soignants 	<p>Niveau Stratégique et Institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Formaliser des indicateurs d'alerte et de suivi des escarres <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Solliciter la diététicienne pour appuyer les actions de soins par une nutrition adaptée et enrichie
La prévention et la prise en charge de la dénutrition :	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les textures modifiées mises en place Le travail consensuel sur les protocoles de dénutrition La possibilité d'avoir un état de résistance de substitution 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réfléchir à la mise en place d'un temps de rencontre diététicienne / soignants Étudier les conditions de mise en œuvre d'une

<ul style="list-style-type: none"> - La présence d'une diététicienne dédiée à l'établissement - L'évaluation quotidienne du degré d'autonomie des résidents par l'observation <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de texture intermédiaire hachée - Le temps de présence réduit de la diététicienne - Le manque de formalisation de l'évaluation du degré d'autonomie des résidents (observation) 	<p>texture hachée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solliciter le financement d'un temps supplémentaire de diététicienne pour élargir ses domaines d'action. <p>Niveau fonctionnel :</p> <p>Formaliser l'évaluation du degré d'autonomie des résidents en créant un outil factuel</p>
<p>La prévention et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement :</p>	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conventions signées (Vergèr des Balans, CMP) - Les activités thérapeutiques proposées par les animatrices et le personnel soignant et paramédical - La présence d'une art thérapeute <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance de la formalisation du suivi des actions mises en place par les enseignants 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer une culture de traçabilité concernant les activités mises en place. <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimiser la traçabilité et croiser les données des divers professionnels - Analyser les données recueillies pour adapter les activités mises en place.
<p>L'analyse et la maîtrise du risque infectieux :</p>	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les protocoles formalisés - Le matériel à disposition des soignants - Le renforcement des mesures barrières <p>FAIBLESSES :</p> <p>Pas de point faible identifié</p>	<p>1. Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <p>2. Niveau fonctionnel :</p>
<p>La continuité de soins :</p>	
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formalisation d'une procédure d'urgence - La nomination de référents (Incontinence, bien être...) - Les transmissions informatisées accessibles aux soignants et personnels autorisés - Les temps de réunions organisés pour la cohérence et la continuité des soins <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de transmissions ciblées - L'absence de saisie des transmissions au fur et à mesure des soins - L'absence de médecin coordonnateur spécifique à l'EHPAD 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recruter rapidement un médecin coordonnateur pour coordonner les activités médicales et établir les rapports obligatoires <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des transmissions ciblées de manière à ce que les informations ne soient pas « noyées » dans les transmissions informatiques - Réfléchir à la mise en œuvre de moyens permettant la saisie des transmissions au fur et à mesure des soins pour éviter la perte d'informations inéluctable lorsque les soignants effectuant leurs transmissions en fin de soins ou de service

Disposition mise en place : (formations – traitement des faits de maltraitance) : (B9)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La dynamique du personnel pour accompagner au mieux les résidents - L'esprit d'amélioration continue - Les formations « bientraitance » et « Alzheimer » <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'évaluation des pratiques - Une harmonisation des pratiques à parfaire concernant le change des résidents la nuit (réveil pour les changes) - L'état de santé du résident prévaut sur son désir de ne pas être dérangé la nuit 	<p>Niveau Stratégique et Institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instaurer une réflexion en équipe sur la prise en soins des résidents la nuit, y associer les familles au besoin, pour traiter les cas des résidents qui ne veulent pas de visite la nuit mais qui sont à risque (chute, malaise...). <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles - Harmoniser les pratiques sur la systématisation ou non des changes la nuit des personnes qui dorment

Annexe - : Procès-verbal de validation de l'évaluation AGGIR/PATHOS

GALAAD

PROCES VERBAL DE VALIDATION Evaluation AGGIR/PATHOS

EHPAD FAUBOURG NOTRE DAME
0 FG NOTRE DAME
24310 BOURDEILLES

N° de FINESS géographique: 240002139

N° de l'étude: 24000213920181E

Date de mise à jour de la base : 22/05/2018

EFFECTIF DE LA POPULATION AU MOMENT DE L'ETUDE : 95

Nombre SMTI : 27

Pourcentage SMTI : 28,42 %

PATHOS MOYEN PONDERE DE LA STRUCTURE : 245

GIR MOYEN PONDERE DE LA STRUCTURE : 768

Distribution des groupes iso-ressources

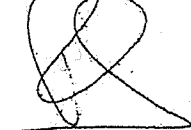
	Effectif*	%
Groupe 1	20	21,05 %
Groupe 2	38	40,00 %
Groupe 3	22	23,16 %
Groupe 4	13	13,68 %
Groupe 5	1	1,05 %
Groupe 6	0	-

**Les patients de moins de 60 ans sont exclus des effectifs de distribution des groupes iso-ressources*

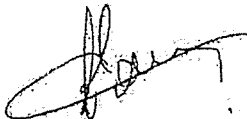
Résultats AGGIR validés le : 01/06/2018

Résultats PATHOS validés le : 31/05/2018

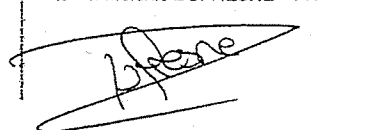
Etude validée par le médecin du
Conseil Départemental,
le Dr. Nathalie WONE



Le médecin de la structure,
le Dr. DIDIER ROUSSEL



Etude validée par le médecin de
l'Agence Régionale de Santé,
le Dr. Mélanie DUFRESNE



PARTIE 2 – FOYERS

- **ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé**
- **ANNEXE 2 : Fiches actions**
- **ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs**
- **ANNEXE 4 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**
- **ANNEXE 5 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe du FAM**
- **ANNEXE 5 BIS: L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe du FO**
- **ANNEXE 7 : Budget Base Zéro du FO et du FAM**

Eléments du diagnostic	Points forts	Points d'améliorations
Eléments communs aux ESMS couverts par le CPOM		
Evaluations internes et externes		
Evaluations internes et externes	Evaluation interne : FAM : décembre 2017 F.O. : avril 2011	
	Evaluation externe : FAM : juillet 2018 F.O. : Octobre 2015	
Coopérations et conventions		
Conventions	Nombreuses conventions signées	
Coopérations	Coopérations nombreuses et variées dont : GCSMS 24 : GCSMS 47 : Centre ressource Autisme ; Centre ressource pour la Déficience Visuelle de la Dordogne (Centre Aïnaud Castellet) ; Groupement solidaire pour la fluidification du parcours des jeunes relevant de l'amendement Creton, GEM de la Croix Manne, CH Périgueux, CHP Vaucaire, ESMS enfants et adultes de Dordogne et hors département	Conforter le positionnement de l'établissement dans le schéma départemental
Politiques des ressources humaines		
Principaux axes politique GRH	Politique de formation : Politique transversale élaborée à l'échelle de l'EPAC les deux Sequoias Plan pluriannuel de formation Commission de formation	
	Risques professionnels Réalisation du DUERP concomitamment à la création du CHSCT en 2013 Plan GPEC	Actualisation du DUERP
Mutualisation des moyens entre les différents ESMS		
Moyens humains	Plusieurs domaines mutualisés : Equipe de direction, Responsables Administratif et Logistiques, Services Administratifs (Accueil, RH, Finances), Services techniques	
Moyens financiers	Section Investissement commune : Capacité de financement Achats mutualisés Adhésion à des groupements permettant des économies d'échelle (Marchés produits hygiène, assurance statutaire, énergie, fournitures etc)	
Politiques	Partenariats : groupement de commune pour l'électrification avec CDC24, pour la restauration et les assurances avec le GCSMS 47 (=) Mutualisation de pratiques et outils Déploiement de moyens et outils visant à favoriser une culture commune (Charte des valeurs éthiques et des principes professionnels, Lettre Qualité, pochette accueil nouveau professionnel) Démarche Qualité Formation professionnelle Politique Gestion Des Risques = Feuilles Evénements Indésirables / Organe Gestion des Risques de l'EPAC - OGRE / Groupe de Réflexion Interne sur les Feuilles d'événement indésirables - GRIF, DUERP réalisé en 2013, volet RPS ajouté en 2017, Plan Bleu - Cellule de crise Politique de démocratie sanitaire : CVS EPAC / CVS Retas sur chacun des secteurs // Etablissement labellisé promoteur de démocratie sanitaire via FAAP de l'ARS en Juillet 2017	Pas d'actualisation du DUERP dans son ensemble depuis la réorganisation des Foyers
Moyens matériels	Mutualisation du véhicule adapté Activités du site occupationnel des Foyers : Diversification de la politique d'animation Nombreux logiciels mutualisés : ORGAGED (gestion documentaire), AGEVAL (gestion qualité et risques), TITAN (gestion projets de soins individualisés), MEDIANE (gestion financière, budgétaire et facturation), MPHDA (paie), PLANICIEL (planning)	
Activités Occupationnelles	Mutualisation des activités occupationnelles entre les établissements de l'EPAC : - Activités de loisirs : cartes, pétanque - Ferme - Loisirs créatifs, - Expression corporelle	
Innovations en santé	Existence de procédures pour sécuriser le circuit du médicament : - la préparation des médicaments est réalisée par une pharmacie extérieure, les piluliers étant vérifiés par les infirmières - Une délégation a été faite aux professionnels médico-sociaux pour délivrer les médicaments aux résidents sous la responsabilité des IDE - Une pharmacie située sur le PSBE permet le stockage des médicaments (présence d'un coffre à toxiques, d'un frigidaire pour stocker certains médicaments) - régulièrement sont organisées par les infirmières des formations pour l'ensemble des professionnels (petits soins, « si besoin », circuit du médicament, prise des constantes, etc. - Existence d'une procédure FEI (les événements les plus sensibles sont analysés en séance du GRIF)	Mutualiser des actions innovantes en santé : Coopération avec un cabinet dentaire Circuit du médicament devra faire l'objet d'une évaluation dans le cadre d'un Groupe de Réflexion Interne sur les Fiche d'événement indésirables (GRIF médicament)
Eléments complémentaires		
Activité	Taux d'occupation journées d'internat : 87,51% Taux activité journées semi internat : 92,20% Résidents issus principalement du département de la Dordogne Coopération formalisée avec 5 autres ESSMS 24 dans le cadre de la fluidification et la coordination des parcours de jeunes relevant de l'amendement Creton Accueil jeunes relevant de TSA	Nombre conséquent d'hospitalisation et de longue durée. Séjours en familles plus réguliers Pas de studios d'accueil afin de mettre en place des stages Liste d'attente : FAM : 1 personne, Studios : 1 personne, Foyer Occupationnel : 3 personnes Situation géographique de l'établissement Turn over important des usagers, notamment aux studios, du fait de parcours de vie singuliers
Transport des usagers	Partenariat conclu avec le CIAS pour assurer le transport des usagers résidant sur le bassin de vie de Brantôme Pour les besoins de la réalisation des projets de vie, soins, etc. le transport des résidents est assuré en interne	Absence de plan de transport formalisé pour les usagers
Ressources humaines		Evolution croissante du taux d'absentéisme tant chez les maîtres que chez les contractuels Difficultés pour recruter un comptable formé à la comptabilité analytique et au contrôle de gestion. A ce jour, le poste n'est pas pourvu.
Locaux et bâtiments	Le FAM, FO et un Pôle Soins et Bien-être sont intégrés dans un bâtiment neuf (Respectivement FAM et PSBE Juillet 2015, FO Décembre 2015) Diagnostic accessibilité des sites actualisé en Juillet 2015 (Ad'AP)	Absence de locaux spécifiques pour l'accueil de jour Rénovation partielle du site des studios La Peyrache Vétusté importante de l'unité de vie des studios dénommés NOSUJAPI Implantation de l'unité NOSUJAPI en zone rouge du PPRI du bassin de la Dronne → zone inconstructible (aucune possibilité de modifier structurellement le bâtiment) - problème de sécurité des résidents en situation de crue Modalités d'hébergement limitées à l'internat Absence de politique de répit formalisée
Analyse budgétaire et financière		
Plan Pluriannuel d'Investissement	PPI global déposé le 16 mars 2018 au CD24 et ARS-NA. Dossier financier adressé aux CD24 et ARS-NA courant février 2018	
Démarche qualité et gestion des risques		
Démarche qualité et gestion des risques	outils de la loi 2002-2 existants dont le projet d'établissement et le contrat de séjour, CVS, groupes d'expression, commission des menus, charte des droits et libertés	Inclure les familles à s'impliquer en faisant bénéficier l'établissement de leur expertise
	Existence du Plan Bleu se déclinant en volets : canicule, épidémies, grand froid, plan de sécurisation de l'établissement (Vigipirate)	
	Plan d'amélioration continue de la qualité présent	
	Garantie des droits, expression et participation individuelle et collective des résidents	
	Promotion de la qualité de vie et du bien-être	Conforter le rôle social du résident Favoriser l'accès aux soins par des projets d'établissement permettant la mise en œuvre de programmes de prévention et d'éducation à la santé au sein des ESMS
	Projet d'animation sociale en cours d'actualisation ainsi que le projet socio-éducatif	
	Volet médical : Existence de protocoles de prise en charge médicale internes Existence d'un atelier santé remise en forme (ASA Santé) Réflexion avec FIREPS : réduction du tabagisme chez les résidents,	Elargir la thématique des ateliers santé et les mettre en place
	PAP signés pour tous les résidents Présence d'un volet soins dans les axes du PAP	
	Existence d'un protocole de signalements des événements indésirables (lute, chute) et de signalement de cas de maltraitance. Systématisation du protocole ARS de signalement des événements indésirables associés à des soins	
	Existence d'une convention avec une officine Circuit du médicament conforme	

AXE N°001

PARCOURS & COORDINATION

Fiche Action N°001

FICHE ACTION
TRANSVERSALE

Référent (personne ou institution) : **EHPAD : Cadre de Santé, AS Référente (MNS/SD)**
FOYERS : Cadres Socio-Educatifs (CSE), AS référent

Constat du diagnostic	Coopération avec cabinet dentaire à consolider Favoriser l'accès aux soins par des projets d'établissement permettant la mise en œuvre de programmes de prévention et d'éducation à la santé au sein des ESMS				
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°1	Signer une convention avec le cabinet dentaire				
Description de l'action	Maintenir les accompagnements FOYERS mis en place. Réfléchir aux moyens matériels et aux modalités pour réaliser des dépistages et bilans sur site. Signature d'une convention incluant la venue de la dentiste sur site				
Identification des acteurs à mobiliser	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; border: none;"><u>EHPAD</u></th> <th style="text-align: center; border: none;"><u>FOYERS</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border: none;">Cadre de santé Personnel Infirmier Aides-Soignants Référents EHPAD</td> <td style="border: none;">Cadres Socio-Educatifs Personnel Infirmier Aides-soignants référent Foyers</td> </tr> </tbody> </table>	<u>EHPAD</u>	<u>FOYERS</u>	Cadre de santé Personnel Infirmier Aides-Soignants Référents EHPAD	Cadres Socio-Educatifs Personnel Infirmier Aides-soignants référent Foyers
<u>EHPAD</u>	<u>FOYERS</u>				
Cadre de santé Personnel Infirmier Aides-Soignants Référents EHPAD	Cadres Socio-Educatifs Personnel Infirmier Aides-soignants référent Foyers				
Moyens nécessaires	Positionner des soignants en rendez-vous extérieur → + 0.5 ETP AS (Créer en 2020 Cf. FA N°005) Désigner 1 IDE Référent des soins bucco-dentaires Aménagement d'un lieu de dépistage et bilans sur site Temps de réunion et de coordination Formation aux soins pratiques bucco-dentaires				
Calendrier prévisionnel	2021 - 2023				
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Convention signée</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission Nombre de venues sur site</p>				
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Risque de dénutrition Soins buccodentaires Déficience intellectuelle et troubles psychiques				

AXE N°001
GARANTIR L'ACCOMPAGNEMENT
FAVORISANT L'INCLUSION
Fiche Action N°002

Référent (personne ou institution) : **CSE IDE - Psychologue**

Constat du diagnostic	<p>Elargir la thématique des ateliers santé et les mettre en place Favoriser l'accès aux soins par des projets d'établissement permettant la mise en œuvre de programmes de prévention et d'éducation à la santé au sein des ESMS</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°2	<p>Développer des actions de prévention et de promotion de la santé des personnes handicapées</p>
Description de l'action	<p>Création d'ateliers santé par thématiques : Bucco-dentaire, Lutte contre le tabagisme, Sexualité, Alimentation Entretien la dynamique partenariale avec l'IREPS-NA Installer un groupe de travail Mettre en place les projets des 4 ateliers santé Dans le cadre du programme de sensibilisation à l'activité physique, mettre en place le parcours moteur, en l'ouvrant à l'UPHA, en favorisant des rencontres inter-établissements et des échanges avec les établissements scolaires</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>IREPS - Temps de CSE et IDE, Psychologue Educateur spécialisé coordinateurs Ergothérapeute Animateur sportif Partenaires spécialistes</p>
Moyens nécessaires	<p>Développer de nouveaux partenariats notamment avec l'Ordre de professionnels des chirurgiens-dentistes, l'UFR de Sciences Odontologiques de Bordeaux Positionner une IDE référente du suivi de la santé bucco-dentaire Temps de réunion et de coordination Crédits pour pérenniser les partenariats dont celui avec l'IREPS</p>
Calendrier prévisionnel	<p>2019 - 2020</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Partenariat avec IREPS formalisé Projets ateliers écrits et mis en œuvre Projet Parcours santé écrit et mis en place dans le cadre du programme de sensibilisation « éducation à l'activité physique »</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de rencontres inter-établissements organisé Nombre de séances organisées sur chacun des thèmes d'éducation à la santé</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Crédits pour formaliser le partenariat avec l'IREPS Développer une culture de la prévention</p>

AXE N°001
GARANTIR L'ACCOMPAGNEMENT
FAVORISANT L'INCLUSION
Fiche Action N°003

Référent (personne ou institution) : **Direction – CSE – Educateurs spécialisés coordonnateurs**

Constat du diagnostic	Modalités d'hébergement se limitant à l'internat Absence de politique de répit formalisée
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°3	Développer des actions alternatives du "tout internat"
Description de l'action	Mise en place des groupes de travail avec des établissements d'adultes handicapés (FO/FAM/IME) notamment du groupement CRETON pour harmoniser les modalités d'accueil et fluidifier le parcours de vie Positionner le FO, le FAM et les Studios comme établissement ressource dans le cadre de situations complexes Développer l'usage des chambres dédiées aux stages pour accueillir en nuitée ou le week-end (aide au répit) Poursuivre la politique d'accueil séquentiel pour des personnes inscrites dans un parcours d'admission sur le FO ou le FAM en attente de places disponibles Poursuivre le partenariat avec la MDPH 24
Identification des acteurs à mobiliser	Etablissements médico-sociaux adultes et enfants dans le cadre du Groupement « Creton » Référents Réponse accompagnée pour tous MDPH et DDARS Partenaires spécialistes
Moyens nécessaires	Positionnement d'un CSE et d'un éducateur spécialisé coordinateur référent Révision de l'autorisation administrative et adaptation de la tarification pour l'accueil de nuit
Calendrier prévisionnel	2019 - 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de séances de travail organisées inter établissements Nombre de participation en Groupe Opérationnel de Synthèse <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de personnes accueillies dans le cadre de la politique d'aide aux aidants
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Construire des doubles orientations en partenariat avec la MDPH et le CD24 et la DDARS

AXE N°002

FAVORISER UNE APPROCHE POPULATIONNELLE PAR TYPE DE HANDICAP

Fiche Action N°004

Référent (personne ou institution) : **Direction – CSE – Educateurs spécialisés Coordonnateurs**

Constat du diagnostic	<p>Vétusté importante de l'unité de vie des studios dénommés NOSUJAPI</p> <p>Implantation de l'unité NOSUJAPI en zone rouge du PPRI du bassin de la Dronne → Zone inconstructible + problème de sécurité des résidents en situation de crue</p> <p>Rénovation partielle du site des studios La Peyriche</p> <p>Absence de studios d'accueil dans le cadre de stage</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°4	<p>Accompagner les personnes handicapées dans et vers le logement par un hébergement adapté</p>
Description de l'action	<p>Développer de nouvelles modalités d'accompagnements alternatifs en favorisant l'accompagnement vers un parcours de vie inclusive progressif grâce à un cadre de vie rénové</p> <p>Ecriture d'un projet de reconstruction de l'unité de vie des studios de NOSUJAPI transmis aux autorités</p> <p>Inclure dans le projet un appartement indépendant des autres permettant de travailler les dimensions de la vie autonome</p> <p>Intégrer dans le projet de service des Studios une mission de service de suite vers le domicile</p> <p>Poursuivre et développer des projets d'insertion sociale, ainsi que socio-professionnelle</p> <p>Favoriser l'accès à des appartements thérapeutiques à des personnes susceptibles d'en bénéficier</p> <p>Favoriser l'accès aux dispositifs et infrastructures extérieurs à la structure</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Partenaires spécialistes, relevant notamment de l'habitat social</p> <p>Service PH du CD24</p> <p>MDPH</p> <p>CSE</p> <p>Educateur spécialisé coordonnateur</p>
Moyens nécessaires	<p>Financement différentiel entre la participation des usagers au loyer et le coût de la location à l'opérateur</p> <p>Transformation d'un ETP AMP en un ETP Educateur spécialisé en 2020 pour développer des missions d'insertion sociale</p>
Calendrier prévisionnel	<p>2019 - 2023</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Actualisation du projet de service des Studios</p> <p>Nombre de départ en milieu ordinaire (projet d'insertion sociale)</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Projet de reconstruction des Studios NOSUJAPI transmis au CD24 et DDARS</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Développer de nouvelles compétences dans l'insertion sociale</p>

AXE N°002

FAVORISER UNE APPROCHE POPULATIONNELLE PAR TYPE DE HANDICAP

Fiche Action N°005

Référent (personne ou institution) : **Direction - CSE – Educateurs spécialisés coordonnateurs**

Constat du diagnostic	Turn over important des usagers du fait de parcours de vie singuliers
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°5	Développer l'accueil de jeunes en situation de TSA
Description de l'action	Accroître la qualification des professionnels de manière à développer des pratiques, savoir-faire et savoir-être en accord avec les besoins de jeunes en situation de TSA Renforcer la capacité des équipes à gérer la situation complexe de TSA par le développement de partenariats CRA/ASPER24/APEA Développer et adapter des outils institutionnels spécifiques, des nouvelles pratiques et expertises (Makaton + transposition aux outils de la loi 2002-2) Favoriser des expériences d'immersion de professionnels (Stages professionnels dans des établissements recevant des jeunes en situation de TSA) Dépôt de dossier afin d'obtenir la labellisation pour les établissements accueillant des personnes en situation de TSA
Identification des acteurs à mobiliser	CSE Educateurs spécialisés coordonnateur Psychologue Médecin psychiatre Partenaires spécialistes = ESSMS (APEA, etc.), Centres Ressources, associations (ASPER24, etc.)
Moyens nécessaires	Crédits de formation en direction de thématiques spécifiques TSA (utilisation de référentiel, MAKATON, etc.) Financement du salaire des agents en stage ou en immersion dans ESSMS ou Centres Ressources Transformer 4 postes d'AMP en ES à moyens constants : 1 au FO en 2019 1 au FAM en 2019 1 au FO en 2020 Créer en 2019 un 0,5 ETP d'AS au FAM et un ETP AMP au FO par transformation des crédits du contrat d'apprentissage et des crédits de remplacement ASH
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Indicateurs de mise en œuvre Accueil sur les FO, le FAM et les studios de personnes atteintes de TSA Développer le partenariat avec le CRA Poursuivre le partenariat avec les établissements du groupement CRETON notamment la Fondation de L'Isle (APEA) Actualisation du projet des Foyers afin d'intégrer cette dimension Indicateurs de résultat (impact) Nombre de jeunes accueillis relevant de TSA sur les FO, FAM et Studios
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Renforcer les partenariats existants avec les ESSMS du Groupement CRETON IME Les Vergnes Accroître de nouvelles compétences dans l'accompagnement de personnes en situation de TSA

AXE N°003
CONTRIBUER A LA DEMARCHE
"REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS"
Fiche Action N°006

Référent (personne ou institution) : **CSE – Educateurs Spécialisés coordonnateurs**

Constat du diagnostic	Conforter le rôle social du résident en développant sa capacité d'agir
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°6	Changer le regard porté sur la Personne Handicapée afin de renforcer sa capacité d'agir
Description de l'action	<p>Opérer un changement de pratiques pour impulser un changement de posture vis-à-vis de la personne en situation de déficience intellectuelle et de troubles psychiatriques en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'appuyant sur l'expertise des usagers de manière à conforter et renforcer la capacité d'agir des personnes accueillies dans le cadre de la mise en œuvre de l'AAP : "Etablissements et services promoteurs de démocratie sanitaire : Le Résident, par lui, pour lui, chez lui" - Développant une approche de l'accompagnement et de la relation socio-éducative fondée sur le principe de la valorisation des rôles sociaux (VRS) <p>Promouvoir un outil pour la bienveillance en institution qui permet d'interroger les méthodes éducatives, l'objectif étant de valoriser positivement la personne accompagnée (tant par elle-même que par son entourage) en permettant à celle-ci d'acquérir des moyens favorisant autonomie, respect, dignité, exercice du choix...</p> <p>Structurer les ateliers d'expression pour les usagers existants, et mettre en œuvre des actions de formations pour les professionnels sur la base de la consultation des usagers en 2015</p> <p>Construire des actions de participation de type "Porto Allegre"</p> <p>Favoriser les partenariats avec l'association ASPER 24, Nous Aussi (représentation des usagers)</p> <p>Valoriser la parole et l'autodétermination de chacun des résidents</p> <p>Formation des personnes accueillies afin d'augmenter la capacité à co-construire des projets</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Cadre Socio-Educatif</p> <p>Educateurs spécialisé coordonnateurs</p> <p>Professionnels</p> <p>Association d'usagers</p> <p>Laboratoires recherche universitaire F.R.E.D. et CICERF</p>
Moyens nécessaires	<p>Mobilisation des crédits relatif au projet AAP « Etablissements promoteurs de démocratie sanitaire »</p> <p>Crédits de formation</p> <p>Formation à l'outil Valorisation des Rôles Sociaux</p> <p>Temps de réunion et de coordination</p> <p>Renforcer la qualification des professionnelles en intégrant davantage d'éducateurs spécialisés dans les équipes pluri-professionnelles (transformation AMP en Educateur spécialisé prévue entre 2019 et 2020, cf. Fiche action n° 4 et 5)</p>
Calendrier prévisionnel	2019 - 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Nombre de professionnels formés</p> <p>Renforcement des groupes d'expression existants</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre de projets mis en œuvre sur le principe de démarche participative Porto Allegre, (Familles, résidents et professionnels)</p> <p>Actualisation des projets de service des Foyers</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Respect du rythme de vie des résidents, besoins et attentes des Résidents

AXE N°003

CONTRIBUER A LA DEMARCHE "REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS"

Fiche Action N°007

Référent (personne ou institution) : **CSE – IDE - Educateur Spécialisé coordonnateur**

Constat du diagnostic	Conforter le positionnement de l'établissement dans le schéma départemental
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°7	Participer au déploiement de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » en application du Schéma PH 24
Description de l'action	Participer aux réunions des groupes de travail initiés dans le cadre du déploiement d'une démarche Réponse Accompagnée Pour Tous Participer au déploiement du système d'information Participer au Groupe Opérationnel de Synthèse
Identification des acteurs à mobiliser	Cadre Socio-Educatif Médecin Psychologue MDPH
Moyens nécessaires	Temps de réunion et de coordination Dérogation de l'autorisation administrative afin d'accueillir des jeunes âgés de moins de 20 ans
Calendrier prévisionnel	2019 - 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de participation à des groupes de travail (GOS, etc.) Taux de réponse aux demandes d'admission des MDPH <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Remplissage des places vacantes en temps réel Mise en œuvre des outils favorisant le déploiement du système d'information
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Collaboration avec la MDPH et la DDARS sur des situations complexes Assouplissement des procédures administratives pour favoriser des accueils de situations complexes

AXE N°003
CONTRIBUER A LA DEMARCHE
"REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS"
Fiche Action N°008

Référent (personne ou institution) : **CSE – Educateurs spécialisés coordonnateurs**

Constat du diagnostic	Inciter les familles à s'impliquer de par leur expérience
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°8	Améliorer la place des familles
Description de l'action	Améliorer la place des familles Favoriser la médiation avec la famille Impulser l'entraide entre les familles Développer des espaces dédiés pour accueillir les familles Créer des groupes de paroles associant professionnels et usagers
Identification des acteurs à mobiliser	Association d'usagers notamment association « Nous Aussi » Familles Cadre Socio-Educatif
Moyens nécessaires	Crédits Formation Temps de réunion de coordination Validation du PPI Global (financement rénovation de la Maison Darque comprenant un espace famille dédié)
Calendrier prévisionnel	2019 - 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Développement d'un partenariat avec l'Association d'usagers déficients intellectuels « Nous Aussi » Intégrer un projet de réhabilitation de la Maison Darque au projet de restructuration favorisant la mise en place d'un espace dédié aux familles <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de séances et temps de rencontres Nombre de familles impliquées dans la démarche
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Intégrer les recommandations des dernières évaluations réalisées en 2017 et 2018 sur le FO et le FAM

AXE N°004

MAINTENIR UNE GESTION PERFORMANTE ET UN MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°009

Référent (personne ou institution) : **Direction – Cadre Socio-Educatif**

Constat du diagnostic	Evolution croissante du taux d'absentéisme tant chez les titulaires que chez les contractuels
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°9	Réduire les situations à risque psycho-sociaux
Description de l'action	Favoriser la diminution du nombre de situation à RPS dont les situations à exigence émotionnelle et les situations de violences des résidents vers les professionnels Initier et développer des activités fondées sur la médiation animale, de manière à favoriser une stabilité d'humeur des résidents et une diminution du niveau d'angoisse des résidents Transformer le site de La Peyriche en ferme à vocation pédagogique et thérapeutique en structurant le site en petits enclos Acquérir des animaux adaptés à la relation thérapeutique
Identification des acteurs à mobiliser	Cadre Socio-Educatif Educateur spécialisé coordonnateur Aide Médico-Educatif référents du projet de ferme à caractère pédagogique et thérapeutique Organisme de Gestion des Risques de l'EPAC (OGRE) Groupe de Réflexion Interne sur les Feuilles d'évènements indésirables (GRIF)
Moyens nécessaires	Formation à la médiation animale Financer le parcours pédagogique, les enclos, abris et équipements spécifiques pour héberger les animaux = mobilisation des crédits liés à la subvention (30 000,00 €) accordée par l'AFEH aux Foyers Développer des partenariats avec des structures spécifiques (Conservatoire des Races d'Aquitaines, Réseau des fermes pédagogique, CARSAT, ARACT etc.) Temps de réunion et de coordination
Calendrier prévisionnel	2019 - 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Indicateurs de mise en œuvre Actualisation de la procédure de gestion des EI Suivi des FEI Indicateurs de résultat (impact) Nombre de réunion de l'OGRE et du GRIF
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	S'appuyer sur le plan d'action de gestion des risques globaux des Foyers Développer la culture de la gestion du risque

AXE N°004

MAINTENIR UNE GESTION PERFORMANTE ET UN MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°010

FICHE ACTION
TRANSVERSALE

Référent (personne ou institution) : **Direction – Médecin Coordonnateur pour l'EHPAD**

Constat du diagnostic									
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°10	Amélioration de la couverture vaccinale (notamment pour le plan vaccinal grippe) des résidents et des professionnels								
Description de l'action	Informers les résidents et les professionnels sur la couverture vaccinale (vaccins obligatoires, calendrier vaccinal, effets,...)								
Identification des acteurs à mobiliser	<table border="0"><tr><td style="text-align: center;"><u>EHPAD</u></td><td style="text-align: center;"><u>FOYERS</u></td></tr><tr><td>Médecin Coordonnateur</td><td>Personnel Infirmier</td></tr><tr><td>Assistance Qualité</td><td>Assistance Qualité</td></tr><tr><td>Médecins traitants</td><td>Médecins traitants</td></tr></table>	<u>EHPAD</u>	<u>FOYERS</u>	Médecin Coordonnateur	Personnel Infirmier	Assistance Qualité	Assistance Qualité	Médecins traitants	Médecins traitants
<u>EHPAD</u>	<u>FOYERS</u>								
Médecin Coordonnateur	Personnel Infirmier								
Assistance Qualité	Assistance Qualité								
Médecins traitants	Médecins traitants								
Moyens nécessaires	Temps de travail Temps d'information du Médecin Coordonnateur ou temps de personnel infirmier pour les Foyers								
Calendrier prévisionnel	2019 - 2022								
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Nombre de communication annuelle Supports de communication édités <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de résidents et de professionnels atteints par la grippe et/ou infections (IRA)								
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Information éclairée pour lutter contre les réticences Facilitation de l'accès aux vaccins par l'établissement								

AXE N°004 PERFORMANCE

&

MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°011

FICHE ACTION
TRANSVERSALE

Référent (personne ou institution) : **Direction - Cadre de Santé – Cadres Socio-Educatifs**

Constat du diagnostic	Evolution croissante du taux d'absentéisme tant chez les titulaires que chez les contractuels
Objectif opérationnel (ou spécifique) N°11	Accroissement des compétences des professionnels et amélioration des conditions de travail des professionnels des Foyers : Démarche Qualité de Vie au Travail
Description de l'action	Former les professionnels à un accompagnement des Résidents basé sur la connaissance de soi, ses ressources et propre potentialités : <ul style="list-style-type: none"> - Qi-Gong : ateliers à l'attention des professionnels, des résidents et des aidants - Prendre soins : Formation à l'accompagnement sans épuisement (L. BRISSETTE & M. ARCAND) Formation à la gestion des conflits
Identification des acteurs à mobiliser	Intervenant Qi Gong Formateur E. PIRIOU (Conseil Evolution) Professionnels OGRE
Moyens nécessaires	Appel A Projet accepté et financé Temps de travail et de formation Temps de pratique Qi Gong
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Projet accepté et financé par l'Appel A Projet Plan de Formation <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'agents formés Nombre de résidents et d'aidants participants Nombre de séances menées Cotation des Risques Psycho Sociaux par l'OGRE Evaluation CHSCT
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Déploiement d'une démarche « Qualité de Vie au Travail » pour lutter contre les Risques Psycho Sociaux « Prendre soin » : Accompagner sans s'épuiser Prévention de l'épuisement professionnel

TABLEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Fiches Action	Indicateurs de suivi Indic. de mise en œuvre	Cible à atteindre Indic. de résultat (impact)	ETAT D'AVANCEMENT Calendrier					COMMENTAIRES (Moyens nécessaires associés)
				2019	2020	2021	2022	2023	
N° 1 Signer une convention avec le cabinet dentaire	Fiche Action N°1	Convention signée	Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission Nombre de venues sur site						Positionner des soignants en rendez-vous extérieur → + 0.5 ETP AS (Créer en 2020 Cf. FA N°005) Designier 1 IDE Référent des soins bucco-dentaires Aménagement d'un lieu de dépistage et bilans sur site Temps de réunion et de coordination Formation aux soins pratiques bucco-dentaires
N°2 Développer des actions de prévention et de promotion de la santé des personnes handicapées	Fiche Action N°2	Partenariat avec IREPS formalisé Projets ateliers écrits et mis en œuvre Projet Parcours santé écrit et mis en place dans le cadre du programme de sensibilisation « éducation à l'activité physique »	Nombre de rencontre inter-établissements organisés Nombre de séances organisées sur chacun des thèmes d'éducation à la santé						Développer de nouveaux partenariats notamment avec l'Ordre de professionnels des chirurgiens-dentistes, l'UFR de Sciences Odontologiques de Bordeaux Positionner une IDE référente du suivi de la santé bucco-dentaire Temps de réunion et de coordination.
N°3 Développer des actions alternatives du "tout internet"	Fiche Action N°3	Nombre de séances de travail organisées inter établissements Nombre de participation en Groupe Opérationnel de Synthèse	Nombre de personnes accueillies dans le cadre de la politique d'aide aux aidants						Positionnement d'un CSE et d'un éducateur spécialisé coordinateur référent Révision de l'autorisation administrative et adaptation de la tarification pour l'accueil de nuit
N°4 Accompagner les personnes handicapées dans et vers le logement par un hébergement adapté	Fiche Action N°4	Actualisation du projet de service des Studios Nombre de départ en milieu ordinaire (projet d'insertion sociale)	Projet de reconstruction des Studios NOSUJAPI transmis au CD24 et DDARS						Financement différentiel entre la participation des usagers au loyer et le coût de la location à l'opérateur Transformation d'un ETP AMP en un ETP Educateur spécialisé en 2020 pour développer des missions d'insertion sociale

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Fiches Action	Indicateurs de suivi <small>Indic. de mise en œuvre</small>	Cible à atteindre <small>Indic. de résultat (impact)</small>	ETAT D'AVANCEMENT				COMMENTAIRES <small>(Moyens nécessaires associés)</small>
				Calendrier				
				2019	2020	2021	2022	
N°5 Développer l'accueil de jeunes en situation de TSA	Fiche Action N°5	Accueil sur le FO, le FAM et les studios de personnes atteintes de TSA Développer le partenariat avec le CRA Poursuivre le partenariat avec les établissements du groupement CRETON notamment la Fondation de L'Isle (APEA) Actualisation du projet des Foyers afin d'intégrer cette dimension	Nombre de jeunes accueillis relevant de TSA sur les FO, FAM et Studios					Crédits de formation en direction de thématiques spécifiques TSA (utilisation de référentiel, MAKATON, etc.) Financement du salaire des agents en stage ou en immersion dans ESSMS ou Centres Ressources Transformer 4 postes d'AMP en ES : 1 au FO en 2019 1 au FAM en 2020 1 au FO en 2020 Créer en 2020 un O.S ETP d'AS au FAM et un ETP AMP par transformation des crédits du contrat d'apprentissage et des crédits de remplacement ASH
N°6 Changer le regard porté sur la Personne Handicapée afin de renforcer sa capacité d'agir	Fiche Action N°6	Nombre de professionnels formés Renforcement des groupes d'expression existants	Nombre de projets mis en œuvre sur le principe de démarche participative Porto Alegre, (Familles, résidents professionnels) Actualisation des projets de service des Foyers Formation réalisée					Mobilisation des crédits relatif au projet AAP « Etablissements et services promoteurs de démocratie sanitaire » Crédits de formation Formation à l'outil Valorisation des Rôles Sociaux Renforcer la qualification des professionnelles en intégrant davantage d'éducateurs spécialisés dans les équipes pluri-professionnelles (transformation AMP en ES prévu entre 2019 et 2021 Cf. Fiches Action N°4 et 5)
N°7 Participer au déploiement de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » en lien avec la MDPH en application du Schéma PH 24	Fiche Action N°7	Nombre de participation à des groupes de travail (GOS, etc.) Taux de réponse aux demandes d'admission des MDPH	Remplissage des places vacantes en temps réel Mise en œuvre des outils favorisant le déploiement du système d'information					Temps de réunion et de coordination Dérogation de l'autorisation administrative afin d'accueillir des jeunes âgés de moins de 20 ans

TABEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Fiches Action	Indicateurs de suivi Indic. de mise en œuvre	Cible à atteindre Indic. de résultat (Impact)	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES (Moyens nécessaires associés)
				Calendrier					
				2019	2020	2021	2022	2023	
N° 8 Améliorer la place des familles	Fiche Action N°8	Développement d'un partenariat avec l'Association d'usagers déficients intellectuels « Nous Aussi » Intégrer un projet de réhabilitation de la Maison Darque au projet de restructuration favorisant la mise en place d'un espace dédié aux familles	Nombre de séances et temps de rencontres Nombre de familles impliquées dans la démarche						Crédits Formation Temps de réunion de coordination Validation du PPI Global Financement rénovation de la Maison Darque comprenant un espace famille dédié
N°9 Réduire les situations à risque psycho-sociaux	Fiche Action N°9	Actualisation de la procédure de gestion des EI Suivi des FEI	Nombre de réunion de l'OGRE et du GRIF						Formation à la médiation animale Financer le parcours pédagogique, les enclos, abris et équipements spécifiques pour héberger les animaux = mobilisation des crédits liés à la subvention (30 000,00 €) accordée par l'AFEH aux Foyers Développer des partenariats avec des structures spécifiques (Conservatoire des Races d'Aquitaines, Réseau des fermes pédagogique, CARSAT, ARACT, etc.) Temps de réunion et de coordination
N°10 Amélioration de la couverture vaccinale (notamment pour le plan vaccinal grippe) des résidents et des professionnels	Fiche Action N°10	Nombre de communication annuelle Supports de communication édités	Nombre de résidents et de professionnels atteints par la Grippe et/ou infections (IRA)						Temps de travail Temps d'information du Médecin Coordinateur ou temps de personnel infirmier pour les Foyers
N°11 Accroissement des compétences des professionnels et amélioration des conditions de travail des professionnels des Foyers : Démarche Qualité de Vie au Travail	Fiche Action N°11	Projet accepté et financé par l'Appel A Projet Plan de Formation	Nombre d'agents formés Nombre de résidents et d'auteurs participants Nombre de séances menées Cotation des Risques Psycho Sociaux par l'OGRE Evaluation CHSCT						Appel A Projet accepté et financé Temps de travail et de formation Temps de pratique Qi Gong

Direction Départementale
de la Solidarité
et de la Prévention
(D.D.S.P.)

N° SE - PH - 13 - 040

Pôle Personnes Handicapées
Service des Établissements

**ARRÊTÉ portant transfert d'autorisation et de
gestion du Foyer Occupationnel de « La Prada » à
Bourdeilles, au profit de l'Établissement Public
Autonome Communal dénommé « Les Deux
Séquoias » à Bourdeilles**

Le Président du Conseil Général,

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), et notamment :

- L'article L 312-1,

- Les articles L 313-1 à L 313-9, section première relative aux autorisations et agrément,

- les articles L 315-2 et R 315-4 relatifs aux dispositions propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de personnes morales de droit public ;

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 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

VU le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées pour la période 2012-2017 ;

VU l'arrêté de Monsieur le Président du Conseil Général n° 040874 du 11 octobre 2004 fixant la capacité du foyer de vie « La Prada » à Bourdeilles à 67 places de foyer occupationnel ;

VU l'arrêté d'autorisation conjoint de Monsieur le Président du Conseil Général et de Monsieur le Préfet n°09-203 et 091496 en date du 3 septembre 2009 portant création d'un foyer d'accueil médicalisé de 16 places par transformation et extension de la capacité du foyer de vie « La Prada » à Bourdeilles et fixant la capacité du foyer occupationnel à 62 places dont 44 places d'internat, 13 places de semi-externat (studios) et 5 places d'accueil de jour ;

VU le schéma départemental en faveur des Personnes Handicapées de la Dordogne 2012/2017 ;

VU le schéma régional d'Organisation Médico-Sociale d'Aquitaine 2012-2016 ;

VU la délibération n°2013.11 du 15 avril 2013 du conseil d'administration du foyer « La Prada » demandant l'avis du Président du Conseil Général sur le projet de fusion des deux structures médico-sociales de Bourdeilles, à savoir le foyer de vie « La Prada » et l'EHPAD « Faubourg de Notre Dame » ;

VU l'avis favorable rendu par le Président du Conseil Général par courrier du 21 mai 2013 ;

VU la délibération du Conseil Municipal de Bourdeilles N°2013-221 en date du 13 mai 2013 découlant de la fusion des établissements publics autonomes préexistants à savoir le foyer « La Prada » et l'EHPAD « Faubourg de Notre Dame » de Bourdeilles en un nouvel établissement public autonome communal, seule entité dénommée « Les Deux Séquoias » ;

VU la délibération du Conseil d'Administration du foyer « La Prada » actant la fusion et demandant l'autorisation de transfert d'autorisation de ses activités vers le nouvel établissement ;

VU la délibération du Conseil d'Administration de l'EHPAD « Faubourg de Notre Dame » actant la fusion et demandant l'autorisation de transfert d'autorisation de ses activités vers le nouvel établissement ;

CONSIDERANT que cette fusion permettra un meilleur fonctionnement ainsi qu'une prise en charge plus adaptée ;

SUR proposition de Madame la Directrice de la Solidarité et de la Prévention et de Monsieur le Directeur Général des Services du Conseil Général de la Dordogne ;

A R R E T E

ARTICLE PREMIER - L'autorisation prévue à l'article L 313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, accordée par arrêté conjoint de Monsieur le Président du Conseil Général et de Monsieur le Préfet en date du 3 septembre 2009 fixant la capacité du foyer occupationnel de « La Prada » est transférée au nouvel établissement public autonome de Bourdeilles dénommé « Les Deux Séquoias », suite à la fusion des deux établissements publics autonomes préexistants à savoir l'EHPAD « Faubourg Notre Dame » et le foyer de vie « La Prada », tous deux situés à Bourdeilles.

La capacité du foyer occupationnel reste inchangée à savoir 62 places réparties comme suit :

- 44 places d'internat,
- 13 places de semi-externat (studios),
- 5 places d'accueil de jour.

Le foyer a pour vocation d'accueillir des personnes adultes handicapées des deux sexes bénéficiant d'une orientation par la Commission des Droits et de l'Autonomie.

ARTICLE 2 - Cette autorisation prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2014.

ARTICLE 3 - La présente autorisation vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale au département pour la totalité de la capacité.

ARTICLE 4 : Conformément aux dispositions de l'article L 313-1 du CASF, l'autorisation est accordée pour une durée déterminée de quinze ans et son renouvellement sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L 312-8 du CASF dans les conditions prévues par l'article L 313-5 du même code, au moins deux ans avant l'expiration du délai de 15 ans précité.

ARTICLE 5 : Conformément aux dispositions de l'article L 313-1 du CASF dont l'application est fixée à l'article D 313-7-2 du même code, la présente autorisation est caduque si elle n'a pas reçu de commencement d'exécution dans un délai de trois ans suivant sa notification.

ARTICLE 6 : 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 devra être porté à la connaissance du Président du Conseil Général de la Dordogne conformément à l'article L 313-1 du CASF. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente concernée.

ARTICLE 7 : 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 Général de la Dordogne, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Bordeaux - 9, rue Taret - 33000 Bordeaux.

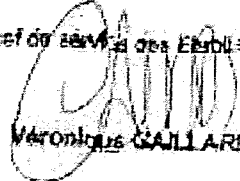
ARTICLE 8 : Madame la Directrice Générale Adjointe en charge de la Solidarité et de la Prévention et Monsieur le Directeur Général des Services du Conseil Général de la Dordogne sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs du Conseil Général de la Dordogne.


24 SEP. 2013

POUR AMPLIATION

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL,

Le Chef de service des Établissements


Véronique GAILLARD


Bernard GAZEAU

ANNEXE 5 : L'abrégé et la synthèse de la dernière évaluation externe du
FAM

ANNEXE 1 : ABREGE DU RAPPORT

1. Démarche d'évaluation interne

(Exemples d'items) : modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'établissement du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats, ...)

Items (5 maximum) Mise en œuvre de la démarche	Forces	Faiblesses	Propositions/Préconisations formulées par l'évaluateur externe
Méthode	<p>Forces : l'évaluation interne a été concrètement mise en œuvre entre septembre et décembre 2017. Les professionnels ont été impliqués à cette échéance, ce qui a permis de dynamiser l'analyse de leurs pratiques professionnelles.</p> <p>Forces : La démarche d'évaluation interne a été opérée grâce à la collaboration de la structure avec l'Institut Universitaire de Vevey et (CIRAF - FRED) qui a permis un travail d'analyse et d'analyse des professionnels de terrain. Ainsi tous les acteurs professionnels concernés directement ont pu contribuer au processus, à l'écriture de ces propositions de services supports (hygiène, buanderie, administration technique).</p>	<p>Faiblesse : les personnes impliquées n'ont pas participé à la démarche d'évaluation interne. Par ailleurs, les professionnels ont réalisé leur propre évaluation de la démarche d'évaluation interne, ce qui a permis de dynamiser l'analyse de leurs pratiques professionnelles.</p>	<p>Lors de la prochaine évaluation interne, intégrer l'organisation du service aux éléments évalués.</p>
Participation des personnes impliquées	<p>Forces : les personnes impliquées ont participé à la démarche d'évaluation interne. Par ailleurs, les professionnels ont réalisé leur propre évaluation de la démarche d'évaluation interne, ce qui a permis de dynamiser l'analyse de leurs pratiques professionnelles.</p>	<p>Faiblesse : les personnes impliquées n'ont pas participé à la démarche d'évaluation interne. Par ailleurs, les professionnels ont réalisé leur propre évaluation de la démarche d'évaluation interne, ce qui a permis de dynamiser l'analyse de leurs pratiques professionnelles.</p>	<p>Les personnes impliquées n'ont pas été impliquées dans la démarche d'évaluation interne. La prochaine évaluation interne devra prioriser leur participation. Il faudra veiller à la mise en œuvre de modalités de participation et d'organisation adéquates, à l'identification des usagers, leur permettant de pouvoir saisir concrètement le processus et exprimer leur opinion plus facilement.</p>
Plan d'amélioration	<p>Forces : un plan d'amélioration avec des axes de travail a été élaboré suite à l'évaluation interne avec un calendrier de réalisation, défini et priorisé par la structure, suite à l'évaluation interne.</p>	<p>Faiblesse : un comité de pilotage a été mis en place pour surveiller l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et les résultats obtenus à la fin de l'évaluation.</p>	<p>Après la prochaine évaluation interne, faire part de résultats de l'évaluation interne aux personnes impliquées à l'aide d'un support lisible et accessible malgré leur déficience.</p>
Suivi des résultats issus de l'évaluation interne	<p>Forces : un comité de pilotage a été mis en place pour surveiller l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et les résultats obtenus à la fin de l'évaluation.</p>	<p>Faiblesse : un comité de pilotage a été mis en place pour surveiller l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et les résultats obtenus à la fin de l'évaluation.</p>	<p>Après la prochaine évaluation interne, faire part de résultats de l'évaluation interne aux personnes impliquées à l'aide d'un support lisible et accessible malgré leur déficience.</p>

ANNEXE 1 : ABRÉGE DU RAPPORT

1. 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
Mise en œuvre de la démarche	Forces : l'évaluation interne a été concrètement mise en œuvre entre septembre et décembre 2017. Les professionnels ont été impliqués à cette démarche, ce qui a permis de bénéficier d'un large de leurs pratiques professionnelles.	Faiblesse : La démarche d'évaluation interne a été opérée grâce à la collaboration de la structure avec l'Institut Universitaire de Lorraine (SCIRIE - EHEP) qui a permis d'assurer l'implication et d'analyser auprès des professionnels du service. Ainsi tous les acteurs professionnels concernés directement ont pu intégrer au processus, à l'issue de ces interventions des services supports (hygiène, biochimie, administration, maintenance technique).	Propositions/Préconisations formulées par l'évaluateur externe : Lors de la prochaine évaluation interne, intégrer l'organisation du service aux éléments évalués.
Participation des personnes impliquées	Forces : les professionnels impliqués ont été formés à la démarche d'évaluation interne, l'implication des intervenants est abaisse les temps d'attente pour les usagers grâce à l'outil d'analyse des pratiques professionnelles.	Faiblesse : les professionnels impliqués n'ont pas participé à la démarche d'évaluation interne, l'implication des intervenants est abaisse les temps d'attente pour les usagers grâce à l'outil d'analyse des pratiques professionnelles.	Propositions/Préconisations formulées par l'évaluateur externe : Les personnes impliquées n'ont pas été impliquées dans la démarche d'évaluation interne. La prochaine évaluation interne devra promouvoir leur participation. Il faudra veiller à la mise en œuvre de modalités de participation et d'implication adéquates ; à l'implication des usagers, leur permettre de choisir s'ils souhaitent le processus et évaluer leur opinion plus facilement.
Plan d'amélioration	Forces : un plan d'amélioration avec des axes de travail a été élaboré suite à l'évaluation interne avec un calendrier de réalisation, défini et piloté par la structure, suite à l'évaluation interne.	Faiblesse : un comité de pilotage n'a été mis en place pour suivre le plan d'actions issu de l'évaluation interne et se réunir toutes les 4 à 6 semaines.	Propositions/Préconisations formulées par l'évaluateur externe : Après la prochaine évaluation interne, faire part de résultats de l'évaluation interne aux personnes impliquées à l'aide d'un support intelligible et accessible malgré leur déficience.
Suivi des résultats issus de l'évaluation interne			

2. Prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS

(Exemples d'efforts : modalités d'appropriation des recommandations, mobilisation des recommandations en fonction des sujets traités, ...)

Items (5 maximum)	Forces	Difficultés	Propositions/Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Modalités d'appropriation des recommandations</p> <p>Mobilisation des recommandations en fonction des sujets traités</p>	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les recommandations de RBPP ont été diffusées aux professionnels du PAM - Les équipes RBPP ont le risque de perdre d'autonomie si elles cessent d'être de facto leur appropriation par les professionnels <p>Difficultés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les réunions entre les professionnels en charge de la Qualité, au sein de la CSE, ont permis d'identifier les besoins de formation et les besoins de formation des équipes RBPP pour les accompagner dans leur démarche - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche 	<p>Difficultés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche - Les équipes RBPP ont des besoins de formation et de formation pour accompagner les équipes RBPP dans leur démarche 	<p>Inclure des réunions entre les professionnels animées par le professionnel en charge de la Qualité, en présence de la CSE, ce qui permettra de s'approprier ces recommandations et de les mettre en adéquation avec les pratiques.</p> <p>Désigner au moins un référent Qualité selon les secteurs d'activité afin de dynamiser la démarche auprès des professionnels et de diffuser les nouvelles RBPP adoptées par l'ANESM, aux professionnels.</p>

3. Conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet de service et organisation de la prime en charge de l'accompagnement des usagers

(Exemples d'items : Caractérisation de la population accompagnée, modalités de formulation, modalités de formalisation et d'actualisation du projet de service, adaptation de l'offre des prestations à la population accompagnée...)

Items (5 maximum) Population accompagnée	Forces	Faiblesses	Proportions/Préconisations formulées par l'évaluateur externe
Formulation du projet de service	<p>Forces : Les caractéristiques des personnes accompagnées et leur situation sont en cohérence avec le projet de service et sont pertinentes dans ce dernier.</p> <p>Forces : L'élaboration du projet d'accompagnement a impliqué les professionnels et les personnes accompagnées, sur la base de groupes de travail pluridisciplinaires et pluriprofessionnels, qui ont permis d'identifier les besoins et les attentes des personnes accompagnées et de les intégrer dans le projet de service.</p>	<p>Faiblesses : Le projet d'accompagnement n'est pas suffisamment structuré aux échelles de vie quotidienne et les interventions prévues ne sont pas suffisamment précises, mesurables et évaluables.</p> <p>Faiblesses : Le projet d'accompagnement n'est pas suffisamment structuré aux échelles de vie quotidienne et les interventions prévues ne sont pas suffisamment précises, mesurables et évaluables.</p>	<p>Travailler sur l'élaboration de s'implicatives du FAM dans les années à venir.</p>
Adaptation de l'offre à la population accompagnée	<p>Forces : Le projet d'accompagnement est structuré et organisé de manière à répondre aux besoins des personnes accompagnées et de leur famille.</p> <p>Forces : Le projet d'accompagnement est structuré et organisé de manière à répondre aux besoins des personnes accompagnées et de leur famille.</p>	<p>Faiblesses : Le projet d'accompagnement n'est pas suffisamment structuré aux échelles de vie quotidienne et les interventions prévues ne sont pas suffisamment précises, mesurables et évaluables.</p> <p>Faiblesses : Le projet d'accompagnement n'est pas suffisamment structuré aux échelles de vie quotidienne et les interventions prévues ne sont pas suffisamment précises, mesurables et évaluables.</p>	<p>Travailler sur l'élaboration de s'implicatives du FAM dans les années à venir.</p>
Actualisation du projet de service	<p>Forces : Le projet d'accompagnement est structuré et organisé de manière à répondre aux besoins des personnes accompagnées et de leur famille.</p> <p>Forces : Le projet d'accompagnement est structuré et organisé de manière à répondre aux besoins des personnes accompagnées et de leur famille.</p>	<p>Faiblesses : Le projet d'accompagnement n'est pas suffisamment structuré aux échelles de vie quotidienne et les interventions prévues ne sont pas suffisamment précises, mesurables et évaluables.</p> <p>Faiblesses : Le projet d'accompagnement n'est pas suffisamment structuré aux échelles de vie quotidienne et les interventions prévues ne sont pas suffisamment précises, mesurables et évaluables.</p>	<p>Statuer concrètement sur un échéancier concernant les actions à réaliser, les modalités à mettre en œuvre selon un ordre de priorité et prévoir une évaluation régulière de l'avancée des travaux effectués à l'issue de groupes de travail. A défaut, inviter les équipes à identifier aux plans d'actions issus de l'évaluation interne, pour laquelle un CQPI, s'est mis en place.</p>

4. Ouverture du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

(Exemples d'actions : participation du rôle de l'établissement ou du service et de ses réseaux par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles à court et à moyen terme, 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)	Process	Félicités	Propositions/Préconisations formulées par l'évaluateur externe
Formalisation des coopérations et collaborations	<p>Force : Le FAM fonctionne avec de nombreux partenaires locaux du champ éducation, social et médico-social et qui permet aux usagers de bénéficier d'un accompagnement efficace. Plusieurs conventions ont été signées. Malgré le "coût médical" qui est élevé, les services de recherche de partenaires en faveur de l'insertion du départ des résidents ont permis au FAM d'obtenir, notamment la formalisation de ces partenariats. Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'association "Les ateliers thérapeutiques" qui propose des ateliers de soutien à la vie sociale - l'association "Les ateliers thérapeutiques" qui propose des ateliers de soutien à la vie sociale - l'association "Les ateliers thérapeutiques" qui propose des ateliers de soutien à la vie sociale 		<p>Formaliser l'ensemble des partenariats par le biais de conventions afin d'assurer une fiabilité des objectifs et des enjeux du travail collaboratif.</p> <p>Développer la participation des partenaires aux groupes de travail du FAM, dans l'élaboration des nouveaux projets ou dans l'actualisation des documents comme le projet de service.</p> <p>Développer les partenariats susceptibles d'accueillir les usagers lors de leur départ définitif du service.</p> <p>Assurer des modalités d'information à destination des partenaires sur les évolutions du FAM ou les résultats des projets menés.</p>
Prise en compte du réseau de proximité et utilisation des ressources du territoire	<p>Force : Le FAM utilise les potentialités de son réseau de proximité et des ressources du territoire (notamment avec les partenaires locaux, participation aux activités locales, ...)</p> <p>Exemple : le FAM participe aux réunions de travail avec les partenaires locaux (notamment les associations locales) afin de formaliser les projets de service.</p>		
Contribution aux évolutions du territoire	<p>Force : Le Directeur du FAM participe aux réunions de Directeurs organisées par le Conseil Départemental et celles organisées par l'ARS. Il participe également à différents groupes de travail ayant pour objet la mise en œuvre de projets de service en faveur des personnes handicapées en collaboration avec la DSD, le service, aux réunions du CDDA, de la CDDPH, au Comité Interprofessionnel de l'Éducation pour la Réhabilitation du territoire de jeunes relevant de ce dispositif.</p>		<p>Développer la recherche de partenaires bénévoles œuvrant sur le territoire.</p>

5. Personnalisation de l'accompagnement

(Exemples d'analyse : casus de l'évaluation ou du service à fournir avec les usagers, leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'accompagnement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne, conditions dans lesquelles est travaillé le projet personnalisé)

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/Préconisations formulées par l'évaluateur intérimaire
<p>Conditions d'élaboration du projet personnalisé</p>	<p>Forces : la personne s'engage personnellement à toutes les étapes de son accompagnement, fait dans l'accompagnement individuel et les projets personnalisés spécifiques et réalise à ses besoins et attentes, que dans le cadre de la réalisation des objectifs et des modalités de son accompagnement.</p> <p>Une réflexion est menée pour que son projet personnalisé soit réalisé à sa faveur, en tenant compte de ses besoins et attentes à des étapes précises de son parcours.</p> <p>Le processus de son accompagnement est suivi par le professionnel de son projet personnalisé. Son accompagnement est personnalisé et adapté à ses besoins et attentes, que dans le cadre de la réalisation des objectifs et des modalités de son accompagnement.</p> <p>Le processus de son accompagnement est suivi par le professionnel de son projet personnalisé. Son accompagnement est personnalisé et adapté à ses besoins et attentes, que dans le cadre de la réalisation des objectifs et des modalités de son accompagnement.</p> <p>Le processus de son accompagnement est suivi par le professionnel de son projet personnalisé. Son accompagnement est personnalisé et adapté à ses besoins et attentes, que dans le cadre de la réalisation des objectifs et des modalités de son accompagnement.</p>	<p>Faiblesses : la personne ne participe pas à toutes les étapes de son accompagnement, ne réalise pas ses besoins et attentes, que dans le cadre de la réalisation des objectifs et des modalités de son accompagnement.</p> <p>Une réflexion n'est pas menée pour que son projet personnalisé soit réalisé à sa faveur, en tenant compte de ses besoins et attentes à des étapes précises de son parcours.</p> <p>Le processus de son accompagnement n'est pas suivi par le professionnel de son projet personnalisé. Son accompagnement n'est pas personnalisé et n'est pas adapté à ses besoins et attentes, que dans le cadre de la réalisation des objectifs et des modalités de son accompagnement.</p> <p>Le processus de son accompagnement n'est pas suivi par le professionnel de son projet personnalisé. Son accompagnement n'est pas personnalisé et n'est pas adapté à ses besoins et attentes, que dans le cadre de la réalisation des objectifs et des modalités de son accompagnement.</p> <p>Le processus de son accompagnement n'est pas suivi par le professionnel de son projet personnalisé. Son accompagnement n'est pas personnalisé et n'est pas adapté à ses besoins et attentes, que dans le cadre de la réalisation des objectifs et des modalités de son accompagnement.</p>	<p>Simplifier et adapter les outils d'élaboration et d'évaluation des projets personnalisés, par utilisation de grilles d'évaluation ou de synthèses, par exemple, en créant un support permettant de recueillir les éléments abordés lors de réunions précédentes, concernant chaque résident.</p> <p>Mettre en œuvre la simplification des projets personnalisés, contrats de séjour, chartes et règlement de fonctionnement à destination des usagers afin qu'ils puissent s'approprier de façon plus concrète les prestations qui leur sont proposées, leurs engagements, droits et devoirs.</p> <p>Permettre une proposition de participation de l'usager à la réunion de constitution de son projet personnalisé.</p> <p>Inscrire la participation d'un infirmier à la réalisation des projets personnalisés en réunion afin que le plan de soins puisse s'articuler harmonieusement au projet d'accompagnement global de la personne.</p> <p>Actualiser les plans de soins et les harmoniser avec les projets personnalisés.</p>

Evaluation des besoins et des attentes

Forme : Équipe multidisciplinaire du FAM, composé des "acteurs" intéressés privilégiés et la personne si le rôle est central, avant les besoins et besoins de l'usage de la façon suivante :

- Recensement des attentes et besoins de la personne
- Évaluation des besoins et accompagnement (choix de vie quotidiennes)
- Établissement, avec le client, en accord avec l'usage, de son projet personnalisé adéquatement adapté
- Proposition du projet et mise en oeuvre pratique
- Bilan d'adéquation entre les besoins, soutiens, attentes et le projet établi
- Validation ou modification des prestations
- Réévaluation et adaptation du projet personnalisé en fonction de l'évolution de la personne

La vision des projets personnalisés est formalisée pour être réalisés tous les ans à minima.

Mettre en place des indicateurs de suivi permettant de répondre de manière d'orientation et le type de prise en charge

Mettre en place des équipes de planification afin d'évaluer comment les rôles peuvent leurs besoins en termes de prestations

Mettre en place une boîte aux lettres ou boîte à idées afin de faciliter l'expression des usagers

Poursuivre l'actualisation des projets personnalisés pour l'ensemble des résidents, une fois par an, à minima

Formes : - Il s'agit d'une démarche de planification basée sur l'analyse de l'impact et la qualité des prestations proposées. L'accompagnement des résidents est réalisé de façon continue et régulière. Les besoins sont évalués et les services adaptés en conséquence. Les objectifs sont formalisés et formalisés pour être réalisés tous les ans à minima.

- Évaluation des besoins et accompagnement (choix de vie quotidiennes)
- Établissement, avec le client, en accord avec l'usage, de son projet personnalisé adéquatement adapté
- Proposition du projet et mise en oeuvre pratique
- Bilan d'adéquation entre les besoins, soutiens, attentes et le projet établi
- Validation ou modification des prestations
- Réévaluation et adaptation du projet personnalisé en fonction de l'évolution de la personne

La vision des projets personnalisés est formalisée pour être réalisés tous les ans à minima.

Mettre en place des équipes de planification afin d'évaluer comment les rôles peuvent leurs besoins en termes de prestations

Mettre en place une boîte aux lettres ou boîte à idées afin de faciliter l'expression des usagers

Poursuivre l'actualisation des projets personnalisés pour l'ensemble des résidents, une fois par an, à minima

Prise en compte des interactions avec l'environnement familial, social et l'entourage

6. Expression et participation individuelles et collectives des usagers

(Exemples d'items : Efficacité 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
<p>Mesure de la satisfaction des personnes accompagnées</p>	<p>Forces : Les usagers sont satisfaits de leur accompagnement et apprécient le FAM. Cet élément est confirmé par les entretiens avec les personnes accompagnées.</p> <p>Faiblesses : Les usagers peuvent faire part de leur insatisfaction lors des entretiens proposés par l'équipe lors de l'évaluation de leur projet personnel.</p> <p>Forces : L'absence régulière de satisfaction à destination des usagers n'a pas été notée.</p> <p>Faiblesses : Les psychologues des usages n'ont pas pu être en lien avec les équipes de soins lors de l'évaluation de leur accompagnement.</p>	<p>Forces : Les professionnels ont pu échanger avec les personnes et/ou accompagnées, cela permet à l'usager de pouvoir échanger lorsqu'il le juge nécessaire. De plus, le FAM encourage les personnes accompagnées à participer activement à l'élaboration de la construction de la construction et de l'évaluation du projet de accompagnement. Cependant, la question du "comment" pouvait élargir l'implication des professionnels devant leurs usagers en dehors du regard des professionnels proposés pour ne pas passer le relais dans une situation psychologique difficile.</p> <p>Faiblesses : Les échanges entre l'usager et les professionnels du FAM permettent d'instaurer un dialogue continu et constructif.</p> <p>La psychologue propose des entretiens individuels aux usagers le désirant ou le nécessitant.</p>	<p>Mettre en place des enquêtes de satisfaction à destination des usagers.</p> <p>Etablir et formaliser la périodicité avec laquelle seront reconduites les enquêtes globales et les enquêtes plus spécifiques de satisfaction des usagers sur le service et son fonctionnement.</p> <p>Ces enquêtes de satisfaction, portant sur l'appréciation précise des prestations du FAM, doivent être réalisées avec les personnes accompagnées (en groupes ou par exemple) afin de permettre une meilleure expression de l'opinion des usagers sur le service.</p> <p>Une fois l'enquête menée, faire part des résultats aux personnes accompagnées, leurs représentants légaux et leurs familles.</p> <p>Mettre en place un outil permettant la récolte des observations (questionnaires, remarques instantanées), des usagers concernant le service, par exemple, sous forme de boîte aux lettres.</p>
<p>Participation individuelle des personnes accompagnées</p>	<p>Forces : Les usagers sont invités à participer aux réunions du CVL.</p> <p>Faiblesses : Les manifestations internes à la structure et ses différents événements s'adressent principalement à plusieurs usagers de bénéficier de l'entraide de personnes et d'accompagnement.</p> <p>Forces : Les réunions tenues avec les usagers et les psychologues des usages permettent de recueillir les besoins et les attentes des usagers et de leur proposer des solutions adaptées à leurs besoins et à leur situation.</p> <p>Faiblesses : L'absence de participation des usagers lors des réunions de suivi de leur projet personnel n'a pas été notée.</p>	<p>Forces : Les usagers sont invités à participer aux réunions du CVL.</p> <p>Faiblesses : Les manifestations internes à la structure et ses différents événements s'adressent principalement à plusieurs usagers de bénéficier de l'entraide de personnes et d'accompagnement.</p> <p>Forces : Les réunions tenues avec les usagers et les psychologues des usages permettent de recueillir les besoins et les attentes des usagers et de leur proposer des solutions adaptées à leurs besoins et à leur situation.</p> <p>Faiblesses : L'absence de participation des usagers lors des réunions de suivi de leur projet personnel n'a pas été notée.</p>	<p>Accueillir le côté "expressions" des usagers" lors des Groupes de paroles afin de bénéficier du vendredi, avec, éventuellement, un professionnel permettant d'ancrer le groupe.</p>

7. Garantie des droits et politique de prévention et de gestion des risques

(Exemples d'items : Organisation du service 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 ; Identifier par le service, des positions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques, modes de conception, traitement des faits de maltraitance, ...)

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Organisation du service</p>	<p>Forces : Dans le cadre des orientations et exigences posées par la Loi de l'Accès Sociale et des Établissements, et plus particulièrement des articles 311 B et L. 112-9 (Art. 2000-2 du 2 Janvier 2002) la Direction de l'Établissement a pris la décision d'organiser un processus global de progrès en matière de Démarche Qualité. Les professionnels ont des entretiens annuels avec la Direction pour faire le point sur leur travail. Nous constatons leurs difficultés et leurs souhaits de formation. Des réunions d'équipe ont régulièrement organisées afin de faire le point sur l'organisation des prestations de soins et d'autres soins aux personnes professionnelles des salariés.</p> <p>Le CHSCT et le CPER travaillent régulièrement dans la structure pour l'organisation des prestations de soins et pour leur développement. L'actuel plan de développement relatif au secteur de l'habitat et de faire évoluer les prestations proposées par le FAM.</p> <p>Faiblesses : Aucun professionnel du service n'est diplômé. Comité Qualité. Cette commission permettrait de faciliter la gestion d'informations relatives à la Qualité et de développer la démarche auprès des autres membres de l'équipe.</p>	<p>Faiblesses</p>	<p>Mettre en œuvre un travail collaboratif entre les professionnels du FAM et le personnel pour les risques sur site, afin poursuivre concrètement la dynamique de Gestion des Risques professionnels auprès des salariés. Des réunions pluridisciplinaires pourraient s'organiser à échéance établie.</p> <p>Identifier des référents Qualité par secteur d'activité.</p> <p>Mettre à jour les fiches de postes en fonction de l'évolution des tâches et de l'organisation du service.</p> <p>Former la majorité des agents téléphoniques (registre normalement de combi à l'origine, le caractère et le traitement des différents appels, passés ou reçus)</p> <p>Former un moyen de gestion relatif à la délivrance de argent de poche des usagers</p> <p>Actualiser le règlement intérieur</p>

<p>Prise en compte des risques</p>	<p>Forces : Le DUEFP est mis en place et permet de traiter en continu un plan d'actions visant à prévenir les risques selon les standards concernant les professionnels.</p> <p>Les documents payés remis aux DEL sont vérifiés et les autres par les professionnels. Ils sont ainsi garantis et des actions correctives sont mises en place.</p> <p>Une liste détaillée à recueillir les faits de malpratique observés et à être transmise à l'A.B.S. est formulée et corrigée des professionnels.</p> <p>Le DUEFP est tenu au courant de son rôle à leur réunion, par l'intermédiaire de l'ASCT.</p> <p>Les risques (pour lesquels il est prévu un suivi) sont révisés par le DUEFP et les professionnels et les actions correctives sont mises en place.</p> <p>Les professionnels sont informés de la mise en place du DUEFP et de son rôle à leur réunion.</p>	<p>Citer et mettre en place, conformément à une information sur ce point, un document payé, ou sous forme de liste de risques à destination des professionnels accompagnés (ou, le cas échéant, leur représentant légal), afin qu'ils puissent faire part d'événements qu'ils jugeraient inadmissibles ou de faits de malpratique.</p> <p>Définir la période de mise à jour du DUEFP et le présenter au CHSCT.</p>
<p>Dispositions en place</p>	<p>Forces : existence d'une procédure malpratique, du DUEFP, d'une procédure de signalement d'événements inadmissibles. Des plans d'actions correctives sont formalisés.</p> <p>Forces : le statut d'adhésion des Risques Admissibles et des Malpratiques est mis en place.</p>	<p>Transmettre en réunion d'équipe sur la mise à jour du DUEFP</p>

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

Le FAM a commencé ses activités en mai 2010 au sein du Comité de la FCO, avec une autorisation d'installation de 13 places dans l'attente de la construction d'un nouveau bâtiment dédié. Les 3 autres places ont été définitivement installées en juillet 2015, à l'ouverture du nouveau bâtiment, pour atteindre une capacité de 16 places. Le service est géré par l'Établissement Public Autonome Communal (EPAC) Lee 2. Sépines. En tant qu'Établissement public, l'EPAC doit remplir une mission d'intérêt général. Il est affecté au Comité Départemental de la Drogue, et l'ARS Nouvelle-Aquitaine, administrations qui le constituent. L'EPAC dispose d'une certaine autonomie administrative et financière.

La représentation et l'expression du personnel sont assurées au sein du Comité d'Administration ainsi que par un comité technique d'établissement (CTE), un Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

Le FAM, tout en bénéficiant des ressources et services techniques mis à disposition par l'EPAC pour l'exercice de ses services (EPAC pour l'UPHA, FCO, studios et accueil de jour), a su mettre en œuvre des outils pertinents lui permettant de mener à bien les missions d'accompagnement des adultes handicapés qu'il a adressés à lui. Le FAM a mené une évaluation interne qui s'est achevée très récemment, en décembre 2017, forces de proposition quant aux améliorations à mettre en œuvre dans les années à venir.

Ses points forts résident à la fois dans le caractère humain et relationnel mis en avant dans les partenariats de terrain et dans le accompagnement proposé aux usagers, ce qui permet à ces derniers de pouvoir participer à la poursuite de leur prise en charge et au développement de leur autonomie, mise aussi dans un investissement de tous les professionnels qui la composent, donnant au FAM la possibilité d'adapter ses prestations à l'évolution des besoins et attentes des personnes qu'il accompagne. La politique Qualité dans laquelle s'inscrit le FAM, lui confère une certaine dynamique concernant l'analyse et le suivi des procédures et protocoles mis en œuvre, garantissant l'accompagnement cohérent avec le cadre des charges des ESSMS.

Les points d'amélioration résident dans l'implication des personnes accompagnées vis-à-vis de l'accomplissement de certains documents relatifs à la vie du service (boîte à idées, structuration des groupes de paroles existants, participation à l'évaluation interne, aux réunions de synthèse de leur projet personnalisé, modélisation d'enquêtes de satisfaction...), l'abaissement de documents écrits destinés à l'ensemble de tous les professionnels, permettant d'éviter la synthèse de synthèses du travail entreprises au long court et ainsi simplifier encore davantage dans la mobilisation des ressources territoriales et dans l'évolution de l'environnement du service et le soutien de la politique Qualité dans le service, notamment avec un travail relatif au DUEEP (identification d'un référent Qualité sur le service, le positionnement ainsi comme référent dans la démarche Qualité et ses évolutions et l'évaluation de l'impact de la mise à jour de procédures ou protocoles).

Les autres points d'amélioration identifieraient principalement autour de l'actualisation de documents tels que le règlement de fonctionnement et le règlement intérieur, la mise en œuvre de documents relatifs à la tenue des observations de terrain relatives au projet personnalisé (particulièrement l'analyse du PSI et des fiches de vie quotidiennes), dans l'articulation de ces plans de soins avec le projet d'accompagnement global de la personne, l'intégration des documents remis aux usagers (projet personnalisé et contrat de séjour adaptés aux performances des personnes accueillies) et la clarification des perceptions du FAM dans les années à venir, leur formalisation et leur évaluation.

Ces différents points ont permis les évaluateurs à émettre des pistes d'amélioration dans le cadre de la démarche d'amélioration globale du FAM, puisqu'ils ont des préconisations, au regard du niveau atteint par la structure concernant les différents axes évalués.

9. Méthodologie de l'évaluation externe
 9.1. Objectifs de l'évaluation externe
 9.2. Méthodologie de l'évaluation externe
 9.3. Organisation de l'évaluation externe
 9.4. Modalités de l'évaluation externe
 9.5. Résultats de l'évaluation externe
 9.6. Synthèse de l'évaluation externe

Les étapes de la démarche	Détails (5 maximum)
Nombre de jours d'évaluation externe	20 jours hors site + 2 jours sur site
Nombre d'évaluateurs	2 évaluateurs, dont 1 en responsabilité de l'organisation d'évaluation externe
Nombre d'interviews conduites	13
- Part in responsabilité chef de projet	4
- Part in responsabilité chef de projet et l'évaluateur psychologue	2
Nombre d'interviews téléphoniques conduites auprès des partenaires	23
Nombre de personnes rencontrées ou contactées par les binômes d'évaluateurs	davant à juillet 2018
Date de début et date de fin de l'évaluation externe	

10. Commentaires de l'ESSMS

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>L'ESSMS étant pris dans des délais incompressibles afin de répondre aux injonctions de l'ARS-NA, la responsable de l'organisme Ariane Consulting Formation, Mme STEIN, a mis en perspective l'ensemble des considérants en jeu, mesuré nos contraintes avec les possibilités d'engagement de sa structure. Elle n'a confirmé l'engagement de sa structure qu'en ayant la certitude de pouvoir accomplir la mission confiée, dans le délai imparti, sur la base d'une méthode de travail et d'une posture déontologique acceptée par la structure. La méthode de travail, le positionnement éthique sur laquelle allait s'appuyer l'organisme ont été clairement explicités et respectés tout au long de la démarche évaluative. L'organisme s'est montré d'une exigence constructive et positive pour le bon déroulement de la démarche évaluative, tout en étant attentif et respectueux des contraintes organisationnelles, des projets en cours, de la lourdeur du quotidien sur la période évaluative (établissement étant notamment engagé dans la présentation aux instances des comptes administratifs, de l'ERRD, de l'élaboration et la négociation de son CPOM, de la gestion d'une mission d'inspection en santé environnementale, la campagne d'évaluation professionnelle annuelle, l'évaluation interne des Studios et l'organisation d'une Journée Portes Ouvertes), et ce, sans déroger à sa ligne de conduite méthodologique et éthique, quant à la précision du recueil des éléments de preuve, l'étude documentaire et l'évaluation in situ.</p> <p>Tout au long de la démarche, les échanges ont été empreints de courtoisie, d'une compréhension bienveillante de certains empêchements, et d'un respect mutuel de la place et du rôle de chacun. L'évaluation externe a su prendre appui sur un choix méthodologique analytique concernant la conduite de l'évaluation interne, respectant ainsi la philosophie du travail et l'idée de la conduite du changement et du progrès fondée sur le principe de l'enrichissement des acteurs.</p>	<p>Sur les conclusions de l'évaluation externe</p> <p>Le diagnostic, les analyses et les axes d'amélioration n'appellent pas de contradictoire, et sont conformes à la situation de l'ESSMS. Le plan d'action proposé vient confirmer des axes de progrès identifiés et les objectifs définis par le projet service. Ainsi, les axes d'amélioration proposés par l'évaluateur permettront de redéfinir la priorisation des points d'amélioration.</p> <p>La manière de construire et proposer les améliorations témoignant de la compréhension et de l'appropriation du travail d'accompagnement mené au quotidien. La méthodologie selon laquelle a été abordée les thèmes évalués (échanges avec les différents acteurs du service, les familles, les usagers, les partenaires, les observations, la rédaction des analyses et des axes d'amélioration) est en consonance avec la manière dont a été réalisée l'évaluation interne, et constitue, en conséquence, un excellent appui managérial pour conduire le changement dans la philosophie souhaitée par le service.</p>

Synthèse Evaluation externe FAM

A. FRED des/du/du/du

1 Démarche(s) d'évaluation interne mises en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (période, 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 conduites de la qualité ; effets observés.

Le FAM a mené son évaluation interne entre septembre et décembre 2017, en partenariat avec l'organisme universitaire CINERF et FRED, selon les axes principaux d'amélioration suivants :

- Bien-être
- Accès aux soins,
- Communication adaptée,
- Maintien des liens familiaux, sociaux, amicaux,
- Ouverture sur l'extérieur,
- Projets personnalisés

Les groupes de travail constitués, qui ont permis de mener à bien l'évaluation interne du service, ont impliqué les professionnels. Si les personnes accompagnées, et leurs proches n'ont pas été directement impliqués dans la démarche évaluative, des recueils d'observations in situ, qui ont concerné, également, les résidents, ont été menés par les enseignants-chercheurs du Laboratoire universitaire F.R.E.D. Ces recueils ont été établis selon des méthodes éprouvées en recherche en sciences humaines, et ont permis de compléter les questionnements évaluatifs.

Cependant, le prochain évaluation interne devra faire en sorte d'intégrer directement la participation des usagers. Le mode de participation de ces derniers devra être pensé par la structure, en envisageant une forme d'expression adaptée à leurs capacités intellectuelles.

Les résultats de l'évaluation interne ont été diffusés aux professionnels et plusieurs temps ont été prévus :

- réunion de restitution du bilan de l'évaluation interne en présence de l'évaluateur,
 - réunion de service avec diffusion du rapport interne à l'équipe, document accessible pour l'ensemble des professionnels intéressés,
 - réunion du COPIL (PACQ-FAM) pour traiter 3 thèmes de recommandation.
- La diffusion de la démarche a été également été travaillée à travers le média de communication institutionnelle trimestriel : la lettre qualité « Séquent », numéro d'avril, de juillet et d'octobre 2017.

Les résultats ont également été présentés aux résidents du service lors d'une réunion. Il conviendra, lors de la prochaine évaluation interne de concevoir un mode de restitution spécifiquement étudié, facilitant la compréhension des usagers vis-à-vis des points abordés, par exemple, sous forme de pictogrammes.

L'évaluation interne a permis d'identifier 45 recommandations, réparties selon les items évalués et s'inscrivent dans le processus de réflexion et de volonté d'amélioration du service d'ores et déjà initié.

- Bienveillance : 10 recommandations portant principalement sur la présence des professionnels auprès des résidents, les moyens d'expression de ces derniers sur la question du « choix », l'analyse des pratiques, l'amélioration des soins, la surveillance de la surmédicalisation, les temps d'accompagnement individuels
- Accès aux soins : 9 recommandations portant principalement sur l'implication du départ du médecin généraliste face au « désert médical » du secteur, la délégation soignante, le rééquilibrage des pôles soignants/éducateurs, l'accompagnement du grand âge et fin de vie, le travail sur les plans de soins, la régularisation des temps de psychomotricité individuelle
- Communication adaptée : 5 recommandations portant principalement sur la valorisation des pratiques professionnelles basées sur une communication adaptée au public, accueil (formations, « passerelle éducateur »...), l'intégration des nouvelles technologies de communication, la formalisation d'un lexique propre à la communication de chaque résident.
- Liens familiaux, amicaux et sociaux : 5 recommandations portant principalement sur l'identification d'un lieu spécifique « rencontre familles » dans le service, l'encouragement à la participation des familles, des proches, le développement de la communication « parents formateurs »
- Ouverture sur l'extérieur : 9 recommandations portant principalement sur le développement des activités extérieures, l'inclusion de « l'extérieur » vers « l'intérieur » de la structure, la dynamisation des relations inter-institutions, les dynamiques d'orientation ou de départ des résidents du service.
- Projet personnalisé : 3 recommandations portant principalement sur l'encouragement de la participation des usagers à la vie de leur PP, l'évaluation et la formalisation des PP, le soutien à la fonction de coordinateur de l'éducateur.

Il est à noter que « l'organisation du service » n'a pas fait l'objet d'une évaluation lors de l'évaluation interne.

Les actions découlant du plan d'actions à mettre en place apparaissent dans le dernier rapport annuel d'activité (2017). Il fait apparaître l'évolution des actions mises en place afin d'analyser la démarche d'amélioration dans laquelle le FAM s'inscrit.

Un comité de pilotage chargé du suivi des actions menées, de leur analyse et de leur restitution a été mis en place suite à l'évaluation interne, afin de redynamiser ce processus auprès de l'ensemble des acteurs du service et de reprendre les modalités de mise en œuvre des actions restant à réaliser.

Les effets observés suite à l'évaluation interne résident dans la mobilisation et l'implication des différents acteurs dans la mise en œuvre d'actions concrètes et collectives qui leur permettent de s'approprier des pratiques professionnelles évolutives et l'amélioration globale des prestations proposées du point de vue de la qualité. Si le COPIL s'est réuni une première fois en mars 2018, il est encore là pour mesurer les actions entreprises puisque l'évaluation interne s'est achevée en décembre 2017. L'évaluation interne a pu également mettre en lumière des progrès à réaliser dans les modalités d'expression des usagers vis-à-vis de leur participation et du recueil de leur opinion, ainsi que dans le suivi des actions à accomplir au fil du temps.

2 Modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) ont été transmises aux professionnels mais leur diffusion régulière (en fonction des publications de l'ANESM) nécessite qu'un professionnel, par exemple « référent Qualité », soit identifié par le service et mise à disposition par l'EPAC. Une brochure rappelant les RBPP a été formalisée en collaboration avec l'Institut de Droit et d'Économie de l'Université Moncton (niveau Baccalauréat 4, et diffusée aux professionnels.

Les professionnels du service témoignent de leur intérêt pour les RBPP qui leur ont été transmises. Un travail réflexif sera le bienvenu, sous forme de retours ponctuels par exemple, animés par la référente Qualité, afin de mieux connaître les pratiques de terrain courantes.

B Conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et organisation et de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des usagers

3 PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS et déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

Le projet d'établissement est déclaré en projets à mettre en œuvre, eux-mêmes porteurs d'objectifs identifiés

- Projet de soins,
- Projet socio-éducatif,
- Projets sociaux et animation
- Projet hôtelier.

Ces derniers sont cohérents et adaptés aux missions de l'AM et aux besoins des personnes accompagnées.

Toutefois, les objectifs opérationnels n'apparaissent pas en tant que tels, mais des objectifs sont néanmoins déclinés au fur et à mesure de la description des projets. Ces objectifs sont évaluables puisqu'ils proposent des actions à mettre en œuvre pour garantir leur atteinte. Cependant, le projet d'établissement ne fait pas apparaître un échéancier précis sur la mise en œuvre des actions prévues. La Direction et le service Qualité devront établir un échéancier concernant les actions à entreprendre dans le cadre du projet d'établissement ou tout au moins vérifier que le COPIL relatif à l'évaluation interne mis en place prend en compte les actions citées dans le projet d'établissement. L'avancée de l'atteinte des objectifs devra être évaluée régulièrement afin de pouvoir confirmer ou infirmer leur pertinence auprès des usagers et de pouvoir corriger les actions à entreprendre pour les atteindre. Un bilan intermédiaire visant à confronter l'avancement des travaux par rapport à leur planification sera soutenable.

Il conviendra également au FAM de mettre en place des indicateurs de suivi permettant de repérer et de recenser le travail des professionnels vis-à-vis des usagers (nombre de personnes aidées dans les différents domaines ou orientées vers divers professionnels) afin de vérifier l'évaluation de l'atteinte des objectifs que les professionnels réalisent pour l'instant verbalement et qu'ils consignent ensuite informatiquement lors des entretiens réguliers qu'ils ont avec les bénéficiaires accompagnés.

4 Adéquation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et celles de son territoire d'intervention

Le service semble être correctement au regard de son autorisation. Au niveau des locaux, le FAM étant constitué de plain pied, il permet l'accès à l'ensemble de la structure aux personnes à mobilité réduite. La restructuration du service a permis son installation dans des locaux adaptés, proches aux échanges, aux activités et à la coordination des accompagnements. Le bureau principal du service dispose d'espaces de rangement et de classement, ainsi que d'un téléphone. Cependant, aucune procédure n'est opérationnelle concernant la réception ou l'émission des appels téléphoniques. Cette procédure est à formaliser. L'équipe du FAM dispose de cinq téléphones portatifs afin qu'elle puisse être jointe si aucun de ses membres ne se trouve à proximité du bureau principal. Les bureaux des professionnels permettent l'accueil des résidents de façon confidentielle.

Le véhicule de service dédié au FAM (permettant d'accueillir 8 personnes) est accessible aux personnes à mobilité réduite, ce qui permet un accompagnement potentiel de l'ensemble des résidents lorsque nécessaire. Un second véhicule, plus petit, peut être utilisé par les professionnels du service, pour les accompagnements médicaux individuels par exemple. Ce véhicule peut être rendu disponible pour les sorties d'accompagnements des résidents du FAM sur réservation.

Le budget alloué et le ratio de personnel sont cohérents avec l'objectif central qui est de répondre aux besoins d'accompagnement des personnes accompagnées orientées.

5 Adéquation entre le profil professionnel (formation initiale, compétences) et les besoins de la personne accompagnée

Le profil des professionnels est en adéquation avec la population accompagnée.

L'organigramme du FAM fait appel à des profils médico-sociaux qui permettent de remplir les missions d'accompagnement du service. La pluridisciplinarité de l'équipe – pôles éducatif et pôle de soins – permet une prise en charge globale et complémentaire des usagers. Il est à noter une prédominance des effectifs éducatifs par rapport à ceux dédiés aux soins. Ce point ne semble pas préjudiciable à l'accompagnement global des résidents et permet d'accroître le côté « accompagnement » dans les actes de la vie quotidienne, ainsi que celui des activités et animations. Cependant, une réflexion relative à l'harmonisation de l'équilibre entre les deux pôles devra être engagée.

Les professionnels travaillent selon des fiches de postes adaptées à leur fonction. Cependant, des fiches de tâches, évolutives, sont en cours de réflexion et seront nécessaires afin d'adapter précisément les missions des différents professionnels en fonction de l'évolution du service.

Le médecin coordonnateur, qui intervient aussi dans la structure, a été libéré, afin d'assurer le suivi de la santé des résidents, a été remplacé, dans ses missions de médecin traitant, résident par un nouveau médecin généraliste—ainsi que celles du psychiatre—venant compléter la prise en charge médicale proposée aux personnes accompagnées pour les pathologies inhérentes à leur handicap mental, ainsi qu'une consultation d'équipe.

Le temps de psychologue est stable dans la limite et sa réaffectation indispensable à l'accompagnement des usagers et de l'équipe.

Les professionnels ont une formation initiale correspondant à leur poste et sont régulièrement formés. Les formations tiennent compte de l'évolution des profils et des attentes des personnes accompagnées pour apporter aux professionnels les connaissances nécessaires à l'adaptation de leurs pratiques à ces nouveaux besoins. Les formations mises en place sont collectives.

6 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 Directeur Général de l'EPAC s'occupe de la Direction du FAM (0,26 ETP) en collaboration avec le Cadre Supérieur-Educatif (0,55 ETP). C'est elle qui, au contact des professionnels, gère, sur délégation du Directeur, la majorité des mesures mises en œuvre et prend les décisions relatives au fonctionnement quotidien du service, en accord et concertation avec le Directeur Général.

Les entretiens annuels entre le Cadre Supérieur-Educatif et les professionnels leur permettent de réaliser un bilan de leur intervention rapporté aux missions et objectifs confiés, ainsi que d'exprimer leurs souhaits de formation, les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs pratiques professionnelles et de faire le point sur leurs compétences. Des formations individuelles et collectives sont ensuite proposées aux professionnels en fonction de leurs souhaits, de leurs besoins et des possibilités budgétaires.

Il est à noter que le plan de formation répond à des axes de politique générale. Ainsi, des formations obligatoires y sont proposées chaque année : bienveillance, soigner et accompagner les personnes (in de vie, gestion de la douleur, gestion des soins d'urgence), le vécu 1 et 2, prévention et gestion de la violence, gestion du stress et communication (savoir-faire, prise en compte du vécu), améliorer la prise en soin quotidienne des personnes atteintes de TSA, vieillissement de la personne handicapée, améliorer la prise en soin quotidienne des personnes atteintes de TSA, etc.

Des réunions d'équipe, nommées « réunions cliniques » sont organisées du façon hebdomadaire afin de donner aux professionnels la possibilité d'échanger sur leurs pratiques et d'organiser de façon cohérente les prestations à venir.

Les documents Qualité (protocoles, procédures, le Tra Qualité trimestrielle « Sequel ») sont transmis régulièrement aux professionnels et sont classés dans des classeurs dédiés. Ils peuvent évoluer en fonction des exigences, qualité et des recommandations relatives aux ESSMS. Cependant, l'identification et le positionnement d'un référent sur l'animation de la politique Qualité faciliterait la transmission des informations et surtout leur appropriation par l'équipe.

7. Dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et dispositifs de gestion de crise en terme de ressources humaines

Le DUERP est mis en place et permet de mettre en œuvre un plan d'actions visant à prévenir les événements indésirables ou risques selon les situations. Il reste à formaliser sa mise à jour et sa présentation au CHSCT. Un logiciel est en cours d'achat. Il sera installé en septembre et permettra d'actualiser le DUERP et réaliser une présentation lors d'une séance du CHSCT de décembre 2018.

Le Document Unique misé par le FAM est celui de l'EPAC dans son ensemble (pour l'intégralité des services qui le composent). Il intègre une partie spécifique au FAM, dans le sens où chaque risque est identifié par rapport aux services correspondants.

Néanmoins, il n'y a pas d'actualisation formalisée concernant les risques relatifs aux locaux. Il serait souhaitable que le CHSCT coordonne des actions d'évaluation des risques propres au FAM : des visites dans les locaux du service seraient fort utiles afin, d'une part, de rencontrer et de dialoguer avec les salariés qui y travaillent et, d'autre part, de réaliser un état des lieux des risques spécifiques aux professionnels du service.

Le dispositif de gestion de crises est formalisé. Il prévoit l'intervention, en service minimum, de professionnels qui permettent d'assurer la continuité des prestations essentielles dans l'ensemble de l'établissement. En outre, une cellule de crise EPAC est installée, laquelle a en charge la mission de coordonner les actions à mettre à conduire, sur un service particulier ou l'ensemble des services.

8. 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, d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre dans les activités principales d'accompagnement et d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

En 2017, le service accompagne et accompagne 17 personnes adultes handicapées dont 1 résident ne relevant pas spécifiquement d'un accompagnement en FAM, provenant du dispositif des studios. En effet, fin 2015, un résident, pour des raisons de grande fragilité psychologique, a été amené à quitter le dispositif des studios La Psycho, sur lequel il était hébergé. Ce dernier a été accueilli en urgence sur la chambre stagiaire du FAM, disponible à cette époque, ne pouvant être hébergé sur aucune autre unité. Cette situation, travaillée en lien avec la MDPH et le mandataire, devait être ponctuelle, évaluer une rupture dans le parcours de vie du Monsieur, le temps de définir un nouveau projet plus adapté à ses besoins, et de produire une nouvelle notification d'orientation de la Commission des Droits et

de l'Autonomie des Personnes Handicapées (ADAPH). La situation d'accueil a pris fin courant décembre 2017, lors de l'orientation vers un établissement médico-social spécialisé, répondant à ses attentes et besoins.

La FAM s'adresse à des personnes handicapées adultes et même au-delà de 60 ans présentant des besoins correspondants aux prestations proposées par le service.

Les catégories de personnes susceptibles de bénéficier de ce service sont des personnes adultes, présentant des handicaps multiples, fait de troubles intellectuels, quo psychiques et/ou moteurs (même si ce n'est pas le premier item d'orientation) marqués à toute activité professionnelle et qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels ou d'un soutien et suivi médical régulier. Il peut également accueillir des personnes handicapées vieillissantes.

Les professionnels du FAM peuvent accompagner tout type de handicap, à l'exclusion du handicap moteur sexuel.

Les modalités d'accompagnement sont décrites dans le contrat d'accompagnement et dans le projet personnalisé des usagers.

L'atteinte des objectifs des accompagnements ainsi que les effets constatés, sont évalués et adaptés en fonction de l'évolution des besoins et attentes des personnes accompagnées, lors des entretiens (ou plus fréquents si nécessaire) pour la mise à jour du projet personnalisé, qui sont en cours d'être mis en place, ainsi que lors des rencontres entre la personne concernée et son « référent », intervenant régulier. Des ajustements des prestations proposées peuvent également être effectués si besoin, lors des points réguliers qui s'opèrent en réunion d'équipe.

Afin d'évaluer les prestations mises en place en faveur des bénéficiaires de façon plus formalisées et exploitables, le FAM devra instaurer des indicateurs de suivi recensant le type d'accompagnement (activités proposées, sorties, ...) et les orientations (départs des résidents, séjours d'hospitalisation) qui auront été proposées.

8 Coherence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels décrits par l'ESSMS

Les objectifs développés dans les projets personnalisés ont pour fondements ceux décrits dans le projet d'établissement. La cohérence y est donc effective et se renforce grâce au partenariat local qui permet un accompagnement complémentaire global de l'usager en lui offrant un panel de prestations déterminées en fonction de leur pertinence face aux besoins évalués et aux attitudes exprimées. Les services annexes existant au sein de l'EPAE (FO, EHPAD, accueil de jour, studios) complètent également au FAM une cohérence homogène quant à l'efficacité de l'orientation proposée.

C Ouverture de l'établissement sur son environnement (institutionnel, géographique, socio-culturel et économique)

10 Partenariats mis en place en interne ou en externe (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

Bien qu'il soit implanté dans un secteur rural ne disposant pas d'un grand nombre de possibilités partenariales, le FAM fonctionne avec des partenaires locaux du champ médical, social et médico-social, qu'ils soient institutionnels, associatifs ou professionnels. Ce qui permet aux usagers de bénéficier d'un accompagnement efficace. Il sera cependant utile de poursuivre la recherche de partenaires susceptibles d'accueillir les résidents lors de leur départ définitif du service.

Même si le FAM a d'ores et déjà formalisé un certain nombre de partenariats, il paraît important de continuer de développer cette démarche en formalisant l'ensemble des partenariats par des conventions ciblées. Ces conventions partenariales permettent l'inscription au long cours de la démarche partenariale existante et élargissent le champ de la démarche aux objectifs communs à atteindre. Un partenariat « bénévoles » a été instauré par le passé. Il sera soutenable de poursuivre la recherche de partenariats bénévoles, bénévoles sur le territoire d'implantation du service.

Les partenariats font l'objet de propositions de participation aux projets du FAM. Ils représentent un moyen de réaliser un axe de politique d'accompagnement ou de réalisation de projets, et sont invités lors de fêtes ou de conférences diverses. Ils font également l'objet de retours réguliers sur les projets ou résultats d'évaluations menés par le service. Des réunions ponctuelles d'évaluation du partenariat, de fréquence mensuelle annuelle, sont organisées avec les partenaires avec qui nous développons le plus de projets : associations locales, Centre Hospitalier de Périgueux et Service de Soins et de Réhabilitation de la Dordogne du CH spécialisé de Montpon (pour la psychiatrie), ADL de Périgueux, FAM La Rochefoucauld, Groupement CRETON, accueillants familiaux. Ces réunions ont pour objet de faire un bilan des actions réalisées, ajuster les actions à venir et définir les modalités de collaboration sur la période à venir. Ce pendant, l'évaluation de ces partenariats devra faire l'objet d'une meilleure structuration et traçabilité : généralisation des partenariats, planification prévisionnelle et compte-rendu de réunion. Il est donc important que le FAM mette en œuvre un processus de formalisation de sa communication avec ses partenaires dans ses perspectives d'amélioration et d'évaluation, afin de valoriser la dynamique d'investissement collaboratif existante et déjà existante. La diffusion d'enquêtes de satisfaction à destination des partenaires du service seront également nécessaires afin de permettre à ses derniers de faire part au FAM de pistes d'amélioration susceptibles d'améliorer la qualité de l'accompagnement des usagers.

Remarque : la signalétique extérieure du service est à affiner afin de faciliter l'identification de la structure par les partenaires ne connaissant pas les lieux.

11 Perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS

Les différents entretiens menés auprès des partenaires de terrain du FAM témoignent de l'excellente perception qu'ils ont quand au rôle et aux missions du service. Disponibles, faisant preuve d'un grand professionnalisme, favorisant l'insertion sociale de leurs usagers, proposant des accompagnements de qualité tout au long du processus de suivi, facilement joignables, les professionnels du FAM sont décrits par les partenaires de manière très élogieuse. Ils ne sont toutefois pas assez conviés à participer à la vie du service. Il faudra veiller à proposer aux partenaires de participer aux groupes de travail relatifs aux réflexions visant à améliorer la qualité des prestations d'accompagnement proposées aux usagers et à la mise en œuvre des orientations majeures du FAM.

12 Méthodes de coordination et d'intégration des intervenants extérieurs à l'ESSMS autour du projet de chaque personne : Informations relatives aux systèmes de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions

Le professionnel référent, interlocuteur privilégié entre la personne accompagnée et les professionnels extérieurs au service, dont l'intervention est nécessaire pour atteindre les objectifs fixés dans le projet personnalisé, est garant de l'articulation des prestations mises en place et de la bonne circulation des informations.

De plus, le coordonnateur de l'équipe se charge d'articuler les différentes actions des professionnels au profit des usagers. Le Cadre Soci-Educatif participe aussi activement à l'articulation de la transmission des informations relatives aux interventions.

13 Ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (moyens de communication, architecture,...) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS

Le développement du réseau de partenaires locaux par le FAM permet aux personnes accompagnées de s'ouvrir sur leur environnement et de nouer des liens sociaux avec les intervenants extérieurs. La dimension sociale est particulièrement mise en lumière grâce aux nombreuses animations et actions auxquelles s'intègrent le service pour en faire profiter leurs bénéficiaires. Des stages et des permutations sont aussi organisés afin de favoriser les contacts avec les personnes extérieures au service et de développer l'adaptabilité des usagers aux conditions de vie à l'extérieur de la structure.

D Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

14 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 FAM dispose d'une équipe pluridisciplinaire mettant ses compétences complémentaires en commun afin de proposer un accompagnement global de la personne (soins éducatif et soins de soins, ajustant de manière coordonnée). La présence de l'éducateur spécialisé coordonnateur aux réunions cliniques permet d'optimiser la cohérence des différentes informations fournies par les membres de l'équipe avec les prestations proposées aux personnes accueillies.

Les outils de recueil d'informations et d'évaluation des besoins sont formalisés et opérationnels (logiciel PSI, fiches de vie quotidienne et grille d'évaluation de l'autonomie VINELAND), ce qui permet dans un premier temps de cerner les objectifs à atteindre dans le cadre de l'évaluation des projets personnalisés. Dans un deuxième temps, le projet est réalisé selon un document également formalisé en étant discuté et argumenté en équipe (CSE, référent, coordonnateur et psychologue). Cependant, la présence d'une infirmière lors de l'évaluation des projets personnalisés, en réunion, sera souhaitable afin d'harmoniser le plan de soins avec le projet global d'accompagnement des usagers. Les plans de soins sont à ce jour, écrits, mais nécessitent une actualisation formalisée. Le processus du suivi de leur actualisation est en cours d'écriture. Dans un troisième temps, le document est diffusé, mais en place dans le dossier du résident, présentation au représentant légal, accès informatique pour les professionnels, et insertion dans le classeur suivi de la fiche de vie quotidienne et du PAP. L'adaptation du projet personnalisé en version « simplifiée » sera nécessaire afin que l'usager puisse plus aisément se l'approprier.

Le processus de réévaluation annuelle (à minima) des projets personnalisés, qui est en train de se formaliser dans le service, permettra à l'équipe pluridisciplinaire et à la personne concernée, d'ajuster les prestations proposées vis-à-vis des nouveaux objectifs à atteindre.

15 Modes de participation des usagers (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, capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; modes de consultations pour toute décision les concernant

La participation des personnes accompagnées (ou, le cas échéant, de leur représentant légal) est recherchée par la FAM dans de nombreuses étapes de son accompagnement. Ainsi, elles sont sollicitées dès l'amorce de la réalisation de leur projet personnalisé : recueil des besoins et attentes (fiches de vie quotidienne), réunions cliniques permettant l'élaboration du projet personnalisé (entretien et renseignement du document dédié), jusqu'à la réévaluation des objectifs : entretien annuel (à minima, ou plus fréquemment si nécessaire). Il est à noter que le processus de réévaluation et le circuit du projet personnalisé évoluent actuellement. Cependant, le projet personnalisé est synthétisé et finalisé lors d'une réunion à laquelle l'usager n'est pas convié. Une proposition de participation devra être formalisée afin de promouvoir la participation de la personne concernée à la réunion de projet la concernant, et dans l'élaboration finale des objectifs et des moyens du projet personnalisé (sans être bien sûr jusqu'à l'élaboration de son projet personnalisé, cette dernière pourra acter ou non l'intitulé de l'objectif et des moyens qui y sont associés, selon son soutien de participation et son degré d'habiletés sociales), représentant le support de son accompagnement futur, selon sa capacité.

Leur orientation vers des services annexes, les modifications de prestations, ou toute décision le concernant, est prise en concertation avec l'usager (ou, le cas échéant, son représentant légal) et après son accord (signature). Cependant, les desiderata des usagers ne sont pas pris en compte par la suite d'enquêtes leur permettant d'exprimer leurs souhaits quant aux activités et animations de leurs proposés. Il s'agit, pour le service, de mettre en place ce type de démarche formalisée sous la forme d'enquête, et de prévoir leur personnalisation.

Un groupe d'expression, organisé le vendredi, réunissant les usagers qui le souhaitent, et animé par un professionnel, a pour finalité de favoriser leur mobilisation quant aux prestations qui leurs sont proposées, au recueil de leurs avis, de mettre en perspective les événements de la semaine écoulée et de donner des informations sur la semaine à venir.

La FAM a d'ores et déjà soulevé le problème concernant l'intelligibilité des documents devant être remis aux personnes accompagnées (projet personnalisé, contrat de séjour, chartes, règlement de fonctionnement). En effet, il travaille au développement de moyens permettant de procéder des projets personnalisés simplifiés et adaptés à leurs déficiences (utilisation de pictogrammes, agenda, photos) en mobilisant la méthode MAKATON. Ce travail pourra se poursuivre vis-à-vis du contrat de séjour, engageant la personne, qui pourra être proposée de façon intelligible afin qu'elle perçoive clairement ce à quoi elle s'engage.

16 Rythme d'actualisation des projets personnalisés et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des besoins et attentes) des personnes accompagnées

Dans le souci d'être certain que le projet personnalisé est efficace quant à la cohérence entre les prestations proposées et les besoins et attentes réels de la personne, ce document est réalisé dans un délai de deux à trois mois suivant l'entrée de la personne dans la structure. En effet, durant cette période, les professionnels renseignent toutes les informations relatives à la vie quotidienne, aux besoins implicites, explicites et aux attentes des usagers, sur le logiciel PSI, afin de pouvoir les exploiter pour réaliser leurs projets personnalisés. Les réunions cliniques permettent de faire des points réguliers sur les orientations à prendre. Cependant, l'évaluation interne met en lumière la nécessité de simplifier l'utilisation de ces données, parfois jugées trop lourdes à exploiter lors de l'élaboration du projet personnalisé.

D'autre part, Le FAM prévoit, au minimum, une réactualisation des projets personnalisés une fois par an, en concertation avec la personne accompagnée. Ainsi, tout au long de l'accompagnement par le service, le projet personnalisé s'adapte à l'évolution des besoins et des attentes de la personne. La réactualisation en respect de la fréquence réglementaire est en fait mise en place et tous les professionnels se mobilisent autour de cette démarche.

Si l'usager souhaite une révision des prestations qui lui sont proposées plus fréquemment, il lui suffit d'en faire la demande à son référent pour que l'équipe pluridisciplinaire se réunisse avec la personne afin de mesurer la faisabilité de la demande et d'apporter les modifications nécessaires.

Afin que la personne accompagnée puisse être pleinement consciente de l'impact des prestations proposées dans son projet personnalisé et de ses possibilités de modification, une version papier adaptée à ses déficiences, accessible et intelligible, doit pouvoir lui être proposée. Cette démarche est d'ores et déjà initiée mais les documents simplifiés n'ont pas encore été finalisés individuellement et remis aux usagers.

De plus, l'élaboration d'outils visant à recueillir, analyser, synthétiser et évaluer le ressenti des résidents vis à vis des prestations qui leur sont proposées afin de favoriser leur participation dans le cadre de leur projet personnalisé, devra être engagée. Des enquêtes de satisfaction à destination des usagers et des familles pourraient être installées afin de recueillir leur avis sur les prestations proposées.

17 Modalités permettant à la personne accompagnée (le cas échéant à son représentant légal), d'accéder aux informations le concernant

Le FAM permet aux personnes accompagnées (ou, le cas échéant, leurs représentants légaux) de pouvoir consulter leur dossier sur demande écrite à la Direction. La personne peut alors se faire accompagner par une personne de son entourage si elle le souhaite.

La demande doit être écrite et adressée à la Direction du FAM. Ce principe est notamment décrit dans les documents remis à l'usager quand débute son accompagnement. La possibilité de demander une aide à la rédaction de cette demande, par exemple par son référent, devrait être spécifiée dans les documents mentionnant ce point.

18 Prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers

Le FAM est très bien perçu par les personnes accompagnées qui se disent satisfaites et écoutées (enquêtes de satisfaction globale - entretiens). Elles connaissent les missions du FAM et les prestations proposées. L'organisation des activités et des ateliers collectifs (comme l'atelier bios) est particulièrement appréciée.

Une fois les avis des personnes accompagnées recueillis concernant le service et les missions mises en œuvre (par les fiches de vie quotidienne), l'équipe du FAM analyse les réponses et les prends en compte dans le fonctionnement du service à plusieurs niveaux.

- A un niveau global en modifiant les prestations proposées soit dans leurs fréquences (plus ou moins d'ateliers sur un même thème), soit dans leur contenu (création de nouveaux ateliers)
- A un niveau individuel en ajustant les prestations proposées à chacun en fonction de leurs capacités, leurs souhaits et leur pertinence vis-à-vis de leurs objectifs d'accompagnement.

Il serait opportun d'utiliser des enquêtes de satisfaction pour évaluer les éléments recueillis.

Afin d'illustrer l'implication des professionnels du service auprès des bénéficiaires et la qualité des accompagnements pratiques, les évaluateurs ont consacré les dires des usagers rencontrés lors des entretiens évaluatifs et de leurs familles. Cela témoigne des efforts entrepris par tous quant à la prise en compte des besoins et attentes des bénéficiaires par le service.

Famille : « Depuis que ma sœur est là, je ne la reconnait pas ! Elle a complètement changé... mais en bien !! ».

« Ici, il n'y a pas de surmédication, les médicaments ont beaucoup baissé et elle se sent mieux, elle est plus « vivante », elle sourit et participe ! »

Bénéficiaire : « Ils sont gentils avec moi. Et quand ça va pas, ils essaient toujours de savoir pourquoi, même quand je veux plus parler, ils m'écourent. »

Famille : « Dans le centre où mon fils était avant, il me sautait au cou dès que j'arrivais. Maintenant qu'il est là, il profite tellement, qu'il ne me caresse plus ! »

Famille : « Ya pas mieux ! ». Un grand boids en moins sur mes épaules maintenant que je sais qu'il est bien ». « Je suis épatée surtout par ça qu'ils arrivent à leur faire faire ! Je ne pensais pas que c'était possible ! »

19 Modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers : modalité d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement

La mise en place d'une enquête de satisfaction globale devra être mise en œuvre, à destination des usagers, afin qu'ils puissent exprimer plus facilement qu'en réunion, leur point de vue, avis et ressentis en terme d'activités et d'accompagnement du service.

Il sera également nécessaire de prévoir une périodicité quant à la diffusion de telles enquêtes globales.

Des enquêtes moins « globales » mais plus spécifiques à un thème donné, donc plus « légères » à renseigner, devront être aussi diffusées, à périodicité établie, afin de recueillir l'opinion et les idées des usagers.

Les usagers sont impliqués dans des questionnements relatifs au fonctionnement et à l'organisation du service par le biais des réévaluations du projet d'établissement. Cependant, le projet d'établissement n'étant révisé que tous les cinq ans, la mise en place d'un mode de consultation plus fréquent, adapté à destination des personnes accompagnées et de leurs familles afin de recueillir leur avis quant au fonctionnement du service s'avère utile (par le biais d'enquêtes par exemple).

Les usagers n'ont pas été consultés lors de l'évaluation interne du service. Il sera nécessaire de formaliser des supports afin de faciliter le recueil de leur opinion et de les impliquer dans ce type de démarche.

L'expression collective est favorisée dans le cadre des activités et ateliers proposés aux personnes accompagnées par le FAM.

Les réunions organisées pour, ou avec, la participation des usagers (CVS, par exemple) ont pour objectif de recueillir leurs avis, commentaires et idées.

Les résultats des comptes-rendus de réunions sont formalisés et exposés par le service afin d'adapter les prestations proposées (analyses et suivi effectués par le CSE du service, arde par le Service Qualité).

En complément du groupe d'expression pluriel tous les vendredis, des groupes de paroles spécifiques (animés par le psychologue, sur la violence et la vie affective), avaient été instaurés avec une temporalité limitée dans le temps afin de répondre à des problématiques conjoncturelles. Il est important de réévaluer cette dynamique qui permettait aux résidents de trouver équilibre entre eux, dans un espace et selon un temps dédié, sur des sujets divers. A cet effet, les Foyers (dont le FAM) ont engagé une démarche de création d'activités santé, animés par des professionnels (lute contre le tabagisme, soins bucco-dentaires, alimentation

et via affective et sécurisée), qui favoriseront les échanges, le recueil d'avis, de propositions des résidents, notamment du FAM, sur les thèmes précités, lesquels pourront par la suite évoluer. Leur mise en place est planifiée dans le cadre du CPOM, en réponse à des orientations stratégiques du Projet Régional de Santé.

La structure a engagé une réflexion quant à l'aménagement d'un espace en faveur de l'accueil et de la rencontre des familles et proches des personnes accueillies afin de favoriser le lien social. Cette dynamique est à consolider.

E. Garantie des droits et pratiques de prévention et de gestion des risques

20 Modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité

Le respect de la dignité des personnes accompagnées est au cœur des préoccupations du FAM. Le projet d'établissement s'inscrit dans cette dynamique et insiste sur les modalités de respect de la dignité et du droit à l'intimité.

Les professionnels disposent d'un règlement intérieur précisant le cadre d'intervention. Cependant, ce document nécessite une actualisation.

Le service associe chaque usager à la construction des projets qui le concernent ou pour toute prestation mise en œuvre à son égard. Le bénéficiaire signe tout document engageant sa personne et est consulté régulièrement sur le suivi de son accompagnement.

Les professionnels doivent souvent proposer « à priori » des prestations aux usagers et observer leur adéquation avec leurs besoins et attentes, afin de valider ou d'invalider les prestations à leur égard. En effet, le « choix » direct ou les questionnements par anticipation semblent générer trop d'angoisse de la part des personnes accompagnées. Cependant, le service pourrait envisager une participation directe de la personne concernée dans l'élaboration de son projet personnalisé, en incluant, sous une forme préalablement réfléchie, à la réunion de synthèse de son projet afin de lui faire part de toutes les prestations envisagées pour lui.

La remise aux usagers, l'affichage dans les locaux, leur connaissance et leur application par les professionnels, de la Charte des droits et libertés et de la Charte des valeurs éthiques et des principes professionnels édictés par l'établissement, sont également garantis de la volonté du FAM de s'inscrire dans une démarche respectueuse de la dignité et des droits de la personne. Une version « simplifiée » de ces documents pourrait être mise en œuvre afin de faciliter leur appropriation par les résidents.

Les personnes qui bénéficient d'un accompagnement de la part du FAM résident dans la structure, en chambre individuelle comportant une salle d'eau privée, qui garantissent ainsi leur intimité. La première rencontre avec les professionnels du FAM se déroule sur le service afin qu'ils puissent se rendre compte des équipements de la structure et des conditions de vie proposées.

L'intimité des personnes accompagnées est préservée par les professionnels du service lors des entretiens dans les locaux du FAM. Chaque bureau destiné aux entretiens avec les usagers dispose d'une porte et est équipé de manière à faciliter l'échange de manière chaleureuse.

Il est à souligner que les professionnels du service s'adressent aux bénéficiaires avec un grand respect. En effet, il a été constaté par les évaluateurs, suite aux entretiens des salariés et aux observations sur le terrain des usagers et de leurs familles, que le vouvoiement est un principe institué par Monsieur P.A.J.A, Directeur Général. Cette pratique permet non seulement d'instaurer une distance bienveillante avec les usagers, mais valorise l'individu en tant qu'être à part entière et évite l'infantilisation. Cela n'empêche absolument pas une proximité et un accompagnement d'une grande humanité. Aucun diminutif n'est attribué aux bénéficiaires à qui l'on s'adresse par son nom ou son prénom selon le souhait explicite de la personne concernée.

Au cas par cas, lorsque le jugement était pratiqué par le passé (avant la prise de fonction du Directeur actuel) ou que le jugement s'avère problématique et que l'usager insiste pour que le professionnel le lui expose, la décision appartient au responsable de service et non à l'usager. La limite de l'accompagnement est l'information en réunion de service. Cette pratique est valable afin de faciliter la prise de décision de la personne. La limite « accompagnement » consiste en toute situation.

L'autonomie économique et sociale des résidents réside également dans leur possibilité de disposer d'argent de poche. Ce point est très important pour eux et ils expriment leur désir de pouvoir conserver la liberté de dépenser de cette petite somme d'argent. Le milieu d'implantation rural et excentré du FAM nécessite une gestion de cet argent par la structure. Pour ce faire, l'existence d'un moyen de gestion relatif à la déviance de « l'argent de poche » des usagers, bien qu'effectif, devra faire l'objet d'une formalisation explicite, sur la base d'un diagnostic, et d'une adaptation en conformité avec le règlementation, afin que chaque acteur soit conscient de son rôle, de ses limites, ses contraintes et ses obligations, de l'ajout administratif en charge du dispositif, au référent, en passant par la personne accueillie et son mandataire.

21 Modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnements, incidents, plaintes, situations de crise,...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance

Les événements indésirables font l'objet d'une procédure formalisée. Des fiches de déclaration relatives à ces événements sont accessibles de façon simple aux professionnels qui disposent de plusieurs documents dans le service à un emplacement déterminé. Les professionnels du FAM se servent régulièrement de cet outil pour faire part d'événements indésirables constatés. Un registre est formalisé et reconstruit. Les salariés auditionnés témoignent de l'importance de cet outil et s'en servent sans appréhension. Les suites données aux DEI sont structurées : la déclaration est analysée par la Direction et le Cadre Socio-Educatif, qui reçoivent le salarié afin de mettre en place des actions correctives correspondantes. Les salariés, au sein de leur service, sont sensibilisés et encouragés à signaler les faits de maltraitance. Il est à présent important de mettre en œuvre le GRIP (Groupe de Reflexion Intra-maison) afin de développer le travail réflexif des équipes sur la démarche de prévention des risques sur les axes suivants :

Une procédure de signalement destinée à l'ARS est également en place.

Il n'existe pas de documents spécifiques et accessibles à l'attention des personnes accompagnées qui pourraient signaler un dysfonctionnement ou un événement indésirable. Il serait opportun d'en instaurer un qui soit adapté au handicap du public accompagné. Le recueil de ces « déclarations » pourrait être formalisé par une boîte aux lettres par exemple.

Pour l'instant, les usagers ne peuvent formaliser leur désaccord ou l'observation d'un événement indésirable, que par voie écrite, à destination de la Direction.

22 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 les risques ; modes de concertation des usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et de la garantie des droits de l'usager, mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnelles

La mise en place du DUERP (on applique les articles L. 4121-1 à 3 et R. 4121-1 et 2 du Code du Travail), l'employeur doit élaborer et tenir à jour un document unique d'évaluation des risques qui recense l'ensemble des risques pour la santé et la sécurité du personnel dans l'entreprise - dispositions précisées dans la

circulaire DRI n° 2002-06 du 18 avril 2002 publiée au Bulletin officiel du Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle n° 2002/10 du 5 juin 2002 consultable sur www.travail.gouv.fr permet au FAM de reconstruire les risques relatifs aux professionnels dans l'exercice de leurs fonctions, d'établir des plans de maîtrise et d'en faire découler des plans d'actions visant à limiter et éviter les risques et dangers existants. Le document est formalisé conjointement par la responsable des services techniques et l'adjoint administratif en charge de la Qualité. Il est renseigné, analysé et exploité en faveur de la prévention des risques. Cependant, son actualisation n'a pas encore été présentée au CHSCT et sa mise à jour doit être l'objet d'une systématisation, selon une périodicité établie. L'achat récent d'un logiciel permettra de réaliser une actualisation pour toute au cours du dernier trimestre 2018.

Des instances, comme la CTE participant également à l'expression du personnel sur les conditions d'exercice en respect avec le règlementation relative à l'organisation du travail.

Le Document Unique, général à l'EPAC, recense l'ensemble des risques identifiés sur la structure. Les risques concernant le FAM font partie de ce document mais méritent d'être plus clairement identifiés afin de pouvoir être réévalués périodiquement et travaillés spécifiquement avec les équipes du service. C'est pourquoi, un travail collaboratif pourrait être impulsé entre les professionnels du FAM et le professionnel gérant les risques, sur site, afin pour suivre conjointement la dynamique de gestion des risques professionnelles auprès des salariés. Des réunions pluridisciplinaires pourraient s'organiser à échéance établie.

Par ailleurs, le FAM doit procéder à l'affichage obligatoire des éléments manquants dans l'encadré du FAM (réglementation fonctionnelle (actualisée) et règlement intérieur (actualisé)).

La présence d'une psychologue est un appui pour l'équipe qui peut aider les salariés à mieux comprendre les troubles du comportement des bénéficiaires et adapter un accompagnement adiant et rassurant pour chacun. Elle est présente sur le service à hauteur d'un 0.17 ETP. Son rôle, entre autres, permet aux professionnels de travailler sur les situations des résidents.

Un plan de formation annuel existe et permet aux salariés, ayant exprimé leur souhait en entretien annuel avec la Direction, de bénéficier de formations continues concernant leurs formations initiales, ce qui contribue à valoriser leurs pratiques professionnelles. Il sera cependant utile de faire bénéficier l'ensemble des professionnels de formations spécifiques à l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychotiques « courts », ce qui est d'ores et déjà envisagé. Les formations de l'équipe globale, sur site, sont favorisées. Des formations relatives à l'accompagnement de la fin de vie et aux soins spécifiques sont développées. Ces thématiques, reconduites chaque année, sont présentes dans le plan de formation annuel, parmi les actions obligatoires, à charge pour l'évaluateur lors de l'entretien professionnel annuel d'inscrire l'agent.

VI Observations relatives aux modalités d'accueil et d'accompagnement

A Modalités d'accueil

Les modalités d'accueil des personnes accompagnées mises en œuvre par le FAM s'inscrivent dans une organisation formalisée et partagée par l'ensemble de l'équipe.

Le protocole d'accueil existe et fait repartir les étapes du parcours de la personne dans le service :

- dans sa rencontre avec les professionnels du service,
- dans la réalisation de son stage,
- dans l'évaluation de son stage.

- dans son intégration au FAM.

Les personnes prises en charge par le FAM nécessitent un accompagnement médical et social. Suite à une évaluation des entités de recevabilité de la demande d'admission, un contrat d'accompagnement va être proposé à l'usager. Ce document signé, le projet personnalisé, réalisé par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et de la personne concernée, pourra débiter. Il contient les informations nécessaires à un accompagnement global, dont les objectifs seront réévalués en fonction de l'évolution des besoins de la personne.

Le régime de fonctionnement, devant être remis à l'usager, nécessite une mise à jour dans un premier temps. Dans un second temps, une réflexion quant à la réalisation d'une version plus « inflexible et simplifiée » devra être mise en œuvre.

Si, dès la première rencontre ou durant l'accompagnement, l'équipe constate que les prestations proposées ne correspondent plus aux besoins et attentes de la personne, elle se verra orientée vers un service plus adapté.

Ainsi, c'est l'en accompagnement le plus adapté et correspondant le mieux au profil de la personne, qui lui sera proposé par le service.

Les dossiers des personnes accompagnées contiennent les informations et supports qui ont permis au service de lui faire bénéficier des différentes prestations d'accompagnement et ses adaptations de cas-by-cas.

B Modalités d'accompagnement

Le FAM prend en compte l'évolution des besoins des personnes accompagnées, et adapte en conséquence les accompagnements proposés.

L'évolution constante du profil des personnes accompagnées a amené le FAM à s'engager dans une démarche continue d'adaptation des prestations qu'il propose afin de maintenir une cohérence entre l'accompagnement proposé et les besoins réels des usagers.

Les stratégies managériales mises en œuvre (formations requises du personnel, développement de réunions interdisciplinaires, création de supports Qualité, adaptation des profils professionnels de l'équipe aux besoins, développement de partenariats...) permet aux usagers de bénéficier d'un accompagnement évolutif et harmonieux vis-à-vis de leurs besoins.

L'évaluation régulière de la pertinence des prestations proposées doit se poursuivre car elle pourra engendrer de nouveaux besoins nécessitant des moyens supplémentaires, qu'ils soient humains (évolution de la qualification des professionnels, nombre de salariés), matériels (véhicules et locaux accessibles à tous et adaptés, logiciels et outils informatiques) ou environnementaux (formalisation de nouveaux partenariats) : ce qui pourra avoir un impact majeur sur le service.

Les évaluateurs ont constaté que le FAM ne dispose pas d'un document identifiant formellement les perspectives envisagées pour son évolution dans le temps, bien que certaines orientations soient identifiées dans le projet institutionnel. Le CPOM en cours de signature du encore le plan d'actions qualité. Il sera opportun de mener une démarche réflexive en ce sens et de formaliser la hiérarchisation par ordre d'importance de ces orientations, ainsi que de prévoir un échéancier de leur mise en œuvre et un plan d'actions visant à les réaliser.

ANNEXE 5 bis: L'abrégé et la synthèse de la dernière évaluation externe du FO

F.A.S.E.

ANNEXE 5 bis

1. LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE

Modalités de mise en œuvre :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • création d'un COPIQ (comité de pilotage qualité) et d'un GFA : Groupe projet d'amélioration et la constitution de 5 groupes de travail. • Le COPIQ a sollicité l'ensemble des équipes (demandes d'informations, recueil de données chiffrées, éléments de preuves documentaires détaillés dans le rapport d'évaluation interne). <p>FAIBLESSES :</p>	

Participation des usagers :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la mise en place groupes d'expressions des usagers. • des réunions d'informations à destination des résidents. • Présentation des résultats au CVS <p>FAIBLESSES :</p>	

Elaboration du plan d'amélioration continu de la qualité (PACQ) et suivi des résultats	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <p>Ce PACQ a été formalisé dans le rapport d'évaluation interne.</p> <p>Le suivi des actions est réalisé.</p> <p>FAIBLESSES :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • des référents par action et des délais de mise en œuvre Définir • r des réunions pour le comité de pilotage Planifier

2. PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS ANESM

Modalités d'appropriation :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <p>La démarche d'actualisation du projet d'établissement prend en compte l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques.</p> <p>FAIBLESSES :</p> <p>La méconnaissance des recommandations par le personnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des groupes de travail thématiques • Organiser le dispositif de suivi annuel des indicateurs recommandés par l'ANESM

Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <p>Les recommandations relatives au projet d'établissement et aux thématiques connexes sont utilisées dans le cadre de la formation action engagée.</p> <p>FAIBLESSES :</p> <p>Les recommandations ne sont pas suffisamment mobilisées</p>	<p>Mobiliser les recommandations en fonction des sujets traités.</p>

3. ELABORATION, MISE EN ŒUVRE ET ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT ET ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE.

Caractérisation de la population accompagnée :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
FORCES : - Population mixte. Répartition par sexe : 23 hommes et 13 femmes FAIBLESSES : - Une population vieillissante 1/3 à plus de 50 ans	Recenser en amont les informations permettant de vérifier que les objectifs d'accompagnement proposés sont compatibles avec le profil du nouveau résident.

Formalisation et actualisation du projet : (D1)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
FORCES : - En cours de réécriture - Planning des groupes de travail - Implication des usagers - Consultant garant de la méthode participative - Travail sur une charte des valeurs éthiques FAIBLESSES :	

Adaptation des activités et prestations à la population accompagnée : (B1-B2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
FORCES : -La mise en place de moyens divers afin de favoriser l'autonomie de déplacement de la personne comme par exemple : un atelier de remise en forme, l'accompagnement par une ergothérapeute. -La cohérence du fonctionnement de l'accueil de jour.	Niveau Stratégique et institutionnel : Formaliser la mise en place d'un référentiel d'évaluation de l'autonomie du résident. Niveau fonctionnel :

<p>favorisant l'autonomie de la personne à plusieurs niveaux (navette, accompagnement individuel et collectif).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une réunion où l'ensemble des professionnels est convié. - La prise en compte de la personne dans sa globalité - La mise en place d'un groupe de travail sur la charte éthique où est présent au minimum un représentant de chaque service. - Le suivi des soins et la participation des IDE aux réunions cliniques. - Les référents connaissent leur rôle et leur position vis-à-vis de leurs référés - L'expression des résidents est sollicitée dans le cadre du PAP, en groupe de parole ayant lieu chaque semaine, lors des rencontres hebdomadaires des résidents avec leur référent. <p>FABLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'un référentiel d'évaluation de l'autonomie de la personne. 	
---	--

4. OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT

Perception du rôle et mission de l'établissement par les partenaires et formalisation des collaborations : (D2)	
Forces / Faiblesses	Preconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construction des partenariats et favoriser la mutualisation de ressources (EPAC) - La formalisation des conventions de partenariat. - Diversité des partenaires favorisant les modalités de mise en oeuvre (ex des vacances) - Les résidents ont la possibilité d'entretenir et tisser des relations en dehors de l'établissement. - Proposer et faciliter l'accès à des activités culturelles, artistiques et de loisirs. <p>FABLESSES :</p>	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le développement des partenaires et formaliser systématiquement les conventions <p>Niveau fonctionnel :</p>

5. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Capacité à évaluer avec les résidents les besoins et attentes : (C1)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'un protocole écrit du PAP, - L'ensemble des professionnels est concerné par le projet personnalisé. - la prise en compte des besoins et attentes de la personne et de sa famille. - Synthèses des PAP accessibles par le personnel. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque d'indicateurs objectifs facilitant l'autoévaluation de la personne quant à ses besoins et ses attentes. - L'absence de critères d'évaluation des besoins de la personne lui permettant de percevoir l'avancée de son projet personnalisé. - L'absence du recueil des goûts alimentaires. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'association le plus étroitement possible de la personne aux décisions prises, mettre en place des critères d'autoévaluation favorisant la prise d'initiative. <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la réflexion de la personne par tous moyens adaptés. - Ajouter le recueil des goûts alimentaires au PAP

Conditions d'élaboration du projet personnalisé: (C2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La diversité des activités proposées. - La possibilité d'individualisation des activités si la situation du résident le nécessite. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque des fiches d'activités et des critères d'évaluations 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formaliser les fiches d'activités et mettre en place des critères d'évaluation <p>Niveau fonctionnel :</p>

6. L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS

Effectivité des droits individuels et collectifs : (A3, A4)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livret de stage permettant le suivi et l'évaluation des objectifs - Recueil de l'anamnèse et complément des informations durant la période de stage - Mis en place de référent - Travail en équipe pluridisciplinaire - Plan de table - Libre service au petit déjeuner - 2 services des repas le midi - Intégration des résidents de l'accueil de jour <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les pratiques ne sont pas complètement formalisées : le processus est inscrit dans le projet d'établissement et le GPA a travaillé un protocole (formalisation du processus) et plusieurs procédures (rôle référent de la commission d'admission) ; un document de synthèse présente le dispositif d'accueil des jeunes du Jardin d'Eau Bleue dans le cadre du partenariat créé avec l'AOJ. - Pas de choix lors des repas. - En dehors du repas du petit déjeuner, les repas ne sont pas systématiquement adaptés à toutes les habitudes alimentaires des résidents. - Réponse apportée à un résident ayant un besoin alimentaire suite au dîner. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger une procédure d'accueil du nouveau résident - Proposer une carte de remplacement en tenant compte de la faisabilité organisationnelle et des surcoûts budgétaires induits. - Systématiser le recueil des habitudes nutritionnelles des résidents dans le PAP (néanmoins, ce recueil est réalisé pour des résidents ayant des besoins spécifiques). - Rédiger le Plan de Maîtrise Sanitaire PMS (ensemble de documents concernant la manipulation des denrées alimentaires). <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser le rôle des référents - Avoir à disposition des aliments (fruits, fromage, yaourt, gâteaux secs, etc.) afin que les équipes de nuit puissent pallier au besoin alimentaire de certains résidents suite au dîner.

Prise en compte de l'expression des résidents : (A1, A2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La recherche systématique du consentement du résident - La communication et l'explication des droits de l'usager(s) 	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau Stratégique et institutionnel : - Election des membres du CVS - Niveau fonctionnel : - Mettre en place une procédure type cahier

<ul style="list-style-type: none"> - La confidentialité de l'information reçue - Le politique institutionnelle favorisant concrètement le droit à une vie amoureuse, affective et sexuelle - Partage d'information et communication favorisés avec les résidents. - Implication des résidents dans l'organisation de l'établissement. - Ecriture d'une charte des valeurs Ethiques <p>FAIBLESSES :</p> <p>-Disfonctionnement du CVS suite à la fusion.</p>	<p>de réclamations pour les usagers</p>
--	---

Organisation permettant le respect de la dignité et du droit à l'intimité : (A1)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résidents possèdent la clé de leur chambre. - Respect de l'aménagement et le rangement fait par la personne - Les résidents peuvent avoir une intimité avec leurs proches (familles et amis) dans leur espace privatif. - Possibilités d'accueillir les proches. - Prise en compte la vie de couple <p>FAIBLESSES :</p> <p>Utilisation de chambre double</p> <p>Douche commune</p>	<p>Travaux de reconstruction en cours</p>

Prise en compte des principaux risques identifiés : (A5, A6, A8)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prise en compte des pathologies des usagers dans la gestion des troubles du comportement et de l'humeur. - L'individualisation de la gestion des troubles. - La mise en place d'un groupe de parole pour les usagers. - La mise en place d'une réunion clinique, facilitant la réflexion quant à la bonne attitude face à ce genre de situation. - la mise en place d'une coordination avec le médecin traitant, avec le médecin psychiatre. - La prise en compte des besoins du professionnel dans ces situations. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser la mise en place d'un questionnaire de satisfaction. <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rappeler à l'ensemble des professionnels la marche à suivre face à une personne présentant des troubles de l'humeur et du comportement. - Formaliser des consignes de sécurité à l'ensemble des résidents.

<ul style="list-style-type: none"> - Chaque résident a une clef de son espace intime, - La présence systématique de 2 veilleurs de nuit. - La transformation du chemin communal passant entre l'unité de vie et le pôle administratif et logistique en un chemin privatif, diminuant ainsi la dangerosité pour la circulation des résidents - Durant les exercices d'évacuation, les résidents participent au débriefing avec les professionnels. Les réunions d'information sont des temps et un espace où peuvent être rappelés ce type d'informations. - Le référent est en responsabilité de 3-4 résidents, est fait le lien entre la famille et le service. - Chacun des professionnels est en capacité de renseigner la famille, celle-ci est impliquée à tous les niveaux de décision. - Les informations circulent entre la famille, le résident et les professionnels. - la présence d'une infirmerie opérationnelle et la coordination avec le médecin traitant. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le protocole relatif à la conduite à tenir face à un résident en état d'agitation n'est pas connu de tous les professionnels. - Le manque de données précises concernant l'avis des résidents 	
--	--

Disposition mise en place : formations – traitement des faits de maltraitance (A7)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place de la fiche d'incident. - La systématisation de l'utilisation du PSI. - La formation et la sensibilisation à la bientraitance de l'ensemble des professionnels, - La démarche d'analyse et d'échange autour des conduites violentes éventuelles des usagers à l'égard des professionnels. Le questionnement sur la pertinence du projet. - L'encadrement réactif. - Mis en place d'une procédure concernant les événements indésirables au niveau de la vie amoureuse et sexuelle <p>FAIBLESSES :</p> <p>- Il n'apparaît pas de points faibles identifiés</p>	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire vivre une réflexion collective et partagée sur les risques de maltraitance et intégrer cette réflexion dans une démarche continue dans le cadre d'un comité éthique en lien avec l'actualisation du projet d'établissement <p>Niveau fonctionnel :</p>

7. APPRECIATION GLOBALE DES EVALUATEURS EXTERNES

Le rythme du résident y est respecté. Il est au centre de toutes les préoccupations.
 Toutes les procédures consultées mettent en évidence un réel souci de répondre aux problématiques de terrain.
 De nombreuses actions sont effectuées pour le confort et l'accompagnement personnalisé du résident.
 L'ensemble du personnel est très attentif au résident et réfléchit en équipe à tout ce qui peut améliorer l'accompagnement au quotidien.
 Lors de l'entretien collectif avec les membres du CVS et des entretiens individuels avec les résidents et les familles, tous sont unanimes par rapport à la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

8. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION EXTERNE

Préparation de la Visite	<p>Une rencontre avec la direction a eu lieu au sein de l'établissement sur 1 journée par 2 évaluateurs afin de lancer la mission et de préparer la visite. Une présentation de la démarche à l'équipe de direction et aux équipes présentes ont été réalisées. Les documents ont été demandés et analysés. Un planning d'intervention a été proposé, ajusté et validé par l'établissement.</p>
La visite d'évaluation	<p>La visite d'évaluation a été menée sur 2 jours consécutifs par 2 évaluateurs de profils professionnels différents ayant tous une expérience de plusieurs années en ESSMS. Des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés (avec les directeurs ou responsables de service, les professionnels, les représentants du CVS, un certain nombre d'usagers.....). Des documents ont été consultés sur place pour approfondir le recueil d'informations et l'analyse.</p>
Le rapport d'évaluation externe	<p>Le rapport réalisé par les évaluateurs a été transmis à un groupe de relecture, indépendant de l'équipe d'évaluateurs. Le pré-rapport a été ensuite transmis au commanditaire pour mise en débat (procédure contradictoire), avant remise du rapport définitif.</p>

9. COMMENTAIRES DE L'ETABLISSEMENT SUR L'EVALUATION EXTERNE

Sur le déroulement de l'évaluation externe

La démarche d'évaluation externe représente une étape décisive dans l'histoire du Foyer. En effet, elle permet, d'une part, de valoriser les nombreuses actions mises en place par les professionnels dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue des prestations, et d'autre part de construire les fondements d'une démarche qualité de l'EPAC Les 2 séquoias auquel appartient désormais l'EHPAD.

La démarche revêtait un fort enjeu institutionnel, avec des craintes, des attentes et des interrogations de la part de professionnels socio-éducatifs rétifs à cette démarche d'évaluation et de possible remise en cause de pratiques professionnelles, dubitatif sur la forme que pourrait prendre cette démarche.

Un long travail de communication et d'accompagnement des équipes entre avril et septembre 2014, a permis de déconstruire des représentations, et de sensibiliser le personnel au bénéfice tiré de la démarche, et de favoriser ainsi une parole décomplexée.

Le Personnel a eu connaissance de la démarche de l'évaluation externe et des enjeux liés via deux réunions institutionnelles, puis un relais par les responsables de services via les réunions de fonctionnement et de coordination. Une information a également été faite auprès des résidents et familles. Cela a facilité les rencontres et expressions durant les entretiens lors de la venue des évaluateurs sur site. Les professionnels, les familles et les résidents ont fait preuve d'une grande implication.

Les acteurs concernés par cette démarche structurante se sont mobilisés pour un moment institutionnel fort et attendu, lequel par les effets produits, a permis aux professionnels de prendre du recul.

L'évaluation externe s'est déroulée sur quatre jours, sous forme de réunions de présentation, d'entretiens individuels et collectifs.

Les évaluateurs se sont montrés à l'écoute et intéressés par le fonctionnement et les initiatives du Foyer. Dans un premier temps décontenancé par le contexte institutionnel récent, issu de la fusion, ils ont tenu compte du contexte. L'ensemble des personnes rencontrées a apprécié le climat convivial des échanges.

Le rapport final a été établi après la troisième lecture. A chaque navette, le rapport a été relu par plusieurs membres du COPIL du Foyer. L'équipe de FASE a porté attention aux remarques contradictoires : la totalité des remarques contradictoires transmises par le Foyer a été prise en compte dans le rapport final.

Sur les conclusions de l'évaluation externe

Le constat des évaluateurs est globalement conforme au ressenti par les professionnels de l'établissement, et à la perception du fonctionnement de l'établissement par l'équipe de direction, tant en ce qui concerne les points forts que les points à améliorer.

Certains éléments rejoignent le plan d'action déjà établi depuis 2010, soit par un point fort évoquant l'aboutissement de l'action, soit par un point faible déjà identifié et non corrigé à ce jour. Il y a une cohérence entre les conclusions de l'évaluation externe et les conclusions des évaluations internes de 2008 et de 2011.

Les recommandations posées vont permettre à l'établissement d'avancer et d'évoluer dans le cadre d'un service proposé de qualité, notamment dans un contexte de mise en place des projets sur du long terme, un renouvellement de l'organisation du Foyer, l'évolution des pratiques professionnelles associées, et des prestations offertes aux résidents.

Dans le cadre de l'EPAC Les 2 séquoias, issu de la fusion de l'EHPAD de Bourdeilles et du Foyer la Prada, ce dernier va réinvestir les conclusions de l'évaluation externe. Elles seront retravaillées à l'échelle de l'EPAC dans le cadre du projet d'établissement commun, et de la démarche qualité conjointe.

SYNTHESE

EVALUATION EXTERNE

SYNTHESE

1 - La démarche d'évaluation interne

Modalités de mise en œuvre :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mise en place d'un comité de pilotage qualité et d'un IRPA : Groupe projet d'amélioration et la coordination de 5 groupes de travail. • existence d'un référentiel de qualité (ISO 9001) et d'un système de management de la qualité. • existence d'un référentiel de qualité (ISO 9001) et d'un système de management de la qualité. • existence d'un référentiel de qualité (ISO 9001) et d'un système de management de la qualité. <p>FAIBLESSES :</p>	

Participation des usagers :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la mise en place d'outils d'expression des usagers. • des réunions d'information à destination des usagers. • Présentation des résultats au CSE. <p>FAIBLESSES :</p>	

Elaboration du plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et suivi des résultats	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le PACQ a été formalisé dans le rapport d'évaluation interne. • Le suivi des actions est réalisé. <p>FAIBLESSES :</p>	<p>Defaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des retards par action et des délais de mise en œuvre. <p>Refaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des réunions pour le comité de pilotage.

2 Prise en compte des recommandations ANESM

Modalités d'appropriation :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <p>La démarche d'actualisation du projet d'établissement prend en compte l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques.</p> <p>FAIBLESSES :</p> <p>La méconnaissance des recommandations par le personnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des groupes de travail thématiques • Organiser le dispositif de suivi annuel des indicateurs recommandés par l'ANESM

Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <p>Les recommandations relatives au projet d'établissement et aux thématiques connexes sont utilisées dans le cadre de la formation action engagée.</p> <p>FAIBLESSES :</p> <p>Les recommandations ne sont pas utilisées</p>	<p>Mobiliser les recommandations en fonction des sujets traités.</p>

3 - Elaboration, mise en œuvre et actualisation du projet d'établissement et organisation de la qualité de la prise en charge.

Caractérisation de la population accompagnée :	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Population mixte. Répartition par sexe : 23 hommes et 13 femmes <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une population vieillissante 1/3 à plus de 50 ans 	<p>Recenser en amont les informations permettant de vérifier que les objectifs d'accompagnement proposés sont compatibles avec le profil du nouveau résident.</p>

Formalisation et actualisation du projet : (D1)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> En cours de réécriture Planning des groupes de travail Implication des usagers Consultant garant de la méthode participative Travail sur une charte éthique <p>FAIBLESSES :</p>	

Adaptation des activités et prestations à la population accompagnée : (B1-B2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> La mise en place de moyens divers afin de favoriser l'autonomie de déplacement de la personne comme par exemple : un atelier de remise en forme, l'accompagnement par une ergothérapeute. La cohérence du fonctionnement de l'accueil de jour, favorisant l'autonomie de la personne à plusieurs niveaux (navette, accompagnement individuel et collectif). Mise en place d'une réunion où l'ensemble des professionnels est convié. La prise en compte de la personne dans sa globalité La mise en place d'un groupe de travail sur la charte éthique où est présent au minimum un représentant de chaque service. Le suivi des soins et la participation des IDE aux réunions cliniques. Les référents connaissent leur rôle et leur position vis-à-vis de leurs référés L'expression des résidents est sollicitée dans le cadre du PAP, en groupe de parole ayant lieu chaque semaine, lors des rencontres hebdomadaires des résidents avec leur référent. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'un référentiel d'évaluation de l'autonomie de la personne. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Formaliser la mise en place d'un référentiel d'évaluation de l'autonomie du résident. <p>Niveau fonctionnel :</p>

4 – Ouverture de l'établissement sur son environnement

Perception du rôle et mission de l'établissement par les partenaires et formalisation des collaborations : (D2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construction des partenariats et favoriser la mutualisation de ressources (EPAC) - La formalisation des conventions de partenariat - Diversité des partenaires favorisant les modalités de mise en oeuvre (ex des vacances) - Les résidents ont la possibilité d'entretenir et tisser des relations en dehors de l'établissement. - Proposer et faciliter l'accès à des activités culturelles, artistiques et de loisirs. <p>FAIBLESSES :</p>	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le développement des partenaires et formaliser systématiquement les conventions <p>Niveau fonctionnel :</p>

5 – Personnalisation de l'accompagnement

Capacité à évaluer avec les résidents les besoins et attentes : (C1)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'un protocole écrit du PAP. - L'ensemble des professionnels est concerné par le projet personnalisé. - la prise en compte des besoins et attentes de la personne et de sa famille. - Synthèses des PAP accessibles par le personnel. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque d'indicateurs objectifs facilitant l'auto-évaluation de la personne quant à ses besoins et ses attentes. - l'absence de critères d'évaluation des besoins de la personne lui permettant de percevoir l'avancée de son projet personnalisé. - L'absence du recueil des goûts alimentaires. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'association le plus étroitement possible de la personne aux décisions prises, mettre en place des critères d'autoévaluation favorisant la prise d'initiative. <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la réflexion de la personne par tous moyens adaptés. - Ajouter le recueil des goûts alimentaires au PAP

Conditions d'élaboration du projet personnalisé: (C2)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La diversité des activités proposées. - La possibilité d'individualisation des activités si la situation du résident le nécessite. <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque des fiches d'activités et des critères d'évaluations. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formaliser les fiches d'activités et mettre en place des critères d'évaluation <p>Niveau fonctionnel :</p>

6 – Expression et participation individuelle et collective des résidents

Effectivité des droits individuels et collectifs : (A3, A4)	
Forces / Faiblesses	Préconisations
<p>FORCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livret de stage permettant le suivi et l'évaluation des objectifs - Recueil de l'anamnèse et complément des information durant la période de stage - Mis en place de référent - Travail en équipe pluridisciplinaire - Plan de table - Libre service au petit déjeuner - 2 services des repas le midi - Intégration des résidents de l'accueil de jour <p>FAIBLESSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les pratiques ne sont pas complètement formalisés : le processus est inscrit dans le projet d'établissement et le GPA a travaillé un protocole (formalisation du processus) et plusieurs procédures (rôle référent, de la commission d'admission) ; un document de synthèse présente le dispositif d'accueil des jeunes du Jardin d'Eau Bleue dans le cadre du partenariat créé avec l'AOL. - Pas de choix lors des repas. - En dehors du repas du petit déjeuner, les repas ne sont pas systématiquement adaptés à toutes les habitudes alimentaires des résidents. - Réponse apportée à un résident ayant un besoin alimentaire suite au dîner. 	<p>Niveau Stratégique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger une procédure d'accueil du nouveau résident - Proposer une carte de remplacement en tenant compte de la faisabilité organisationnelle et des surcoûts budgétaires induits. - Systématiser le recueil des habitudes nutritionnelles des résidents dans le PAP (néanmoins, ce recueil est réalisé pour des résidents ayant des besoins spécifiques). - Rédiger le Plan de Maîtrise Sanitaire PMS (ensemble de documents concernant la manipulation des denrées alimentaires). <p>Niveau fonctionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser le rôle des référents - Avoir à disposition des aliments (fruits, fromage, yaourt, gâteaux secs, etc.) afin que les équipes de nuit puissent pallier au besoin alimentaire de certains résidents suite au dîner.

ANNEXE 7 : BUDGET BASE ZERO DU FO ET DU FAM

FO LES DEUX SEQUOIAS	BE 2018	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	330 399	330 399	0	0,00%
Charges groupe II	1 700 338	1 690 338	-10 000	-0,59%
Charges groupe III	352 791	348 007	-4 784	-1,36%
Total classe 6	2 383 528	2 368 744	-14 784	
Recettes groupe I	2 177 058	2 177 058	0	0,00%
Recettes groupe II	186 903	186 903	0	
Recettes groupe III	0	0	0	
Total classe 7	2 363 960	2 363 960	0	
Résultat comptable	0	-4 784	-4 784	
Comptes 116,...	9 567	4 784		
Résultat N-2	10 000			
dépenses non reconductibles	14 784	0		
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	2 177 058	2 177 058	0	0,00%
Activité en jours	17 903	17 903		
Prix de journée	121,60	121,60	0,00	0,00%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	2 181 841	2 181 841	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	121,87	121,87	0,00	0,00%

FAMILLES DEUX SEQUOIAS	BE 2018	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	115 664	115 664	0	0,00%
Charges groupe II	506 979	493 979	-13 000	-2,56%
Charges groupe III	172 083	172 083	0	0,00%
Total classe 6	794 726	781 726	-13 000	
Recettes groupe I	744 477	744 477	0	0,00%
Recettes groupe II	37 249	37 249	0	
Recettes groupe III	0	0	0	
Total classe 7	781 726	781 726	0	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...				
Résultat N-2	13 000			
dépenses non reconductibles	13 000	0		
Recettes non reconductibles				
Base de calcul des tarifs	744 477	744 477	0	0,00%
Activité en jours	5 694	5 694		
Prix de journée	130,75	130,75	0,00	0,00%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat et dépenses et recettes NR	744 477	744 477	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat et dépenses et recettes non reconductibles	130,75	130,75	0,00	0,00%

CONTRAT PLURIANNUEL
D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2019-2023
DE L'EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE
LANMARY

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

Le Centre Hospitalier de Lanmary

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	- 5 -
1) <u>L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat</u>	- 5 -
2) <u>L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire</u>	- 6 -
3) <u>Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé</u>	- 6 -
4) <u>Moyens dédiés à la réalisation du CPOM</u>	- 6 -
4.1 <u>Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM</u> ..	- 7 -
4.2 <u>Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM</u>	- 10 -
4.3 <u>Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence</u>	- 11 -
4.4 <u>Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit</u>	- 11 -
4.5 <u>Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM</u> ..	- 12 -
4.6 <u>Plan Pluriannuel d'Investissement (P.P.I.) et Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)</u>	- 13 -
4.7 <u>Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM</u>	- 13 -
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	- 13 -
5) <u>Le suivi et l'évaluation du contrat</u>	- 13 -
6) <u>Le traitement des litiges</u>	- 15 -
7) <u>La révision du contrat</u>	- 15 -
8) <u>La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM</u>	- 15 -
9) <u>La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM</u>	- 15 -
10) <u>Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD</u>	- 16 -
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM	- 17 -

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens conclu

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le CPOM :

Le Département 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 l'Agence Régionale de Santé ;

Et d'autre part,

Le Centre hospitalier de LANMARY, établissement public hospitalier, représenté par Monsieur Thierry LEFEBVRE, Directeur de la Direction commune des Centres Hospitaliers de Périgueux, Sarlat, Lanmary et Domme, 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 2018-2028 ;

Vu le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2018 - 2028 ;

Vu l'arrêté n° 2016-84/DOSA/CD et n° SPAE-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 (Région Nouvelle-Aquitaine) ;

Vu la délibération du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de LANMARY en date du 17 décembre 2018, 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 3 septembre 2018 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 le Centre Hospitalier de LANMARY 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 le Centre Hospitalier de LANMARY 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'EHPAD ;
- 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

L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire
 - Numéro de l'entité juridique dans le répertoire FINESS : **24 000 003 4**
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : **Etablissement Public de Santé**
 - Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire : **Etablissement public de santé en direction commune avec les centres hospitaliers de Périgueux, Sarlat et Domme.**
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : **Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de 120 lits, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de 40 lits.**
 - Organigramme de l'entité gestionnaire : cf annexe 1.
 - Désignation de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune : **Centre Hospitalier de LANMARY**
 - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : **EHPAD du Centre Hospitalier de LANMARY**

- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
 - Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : **EHPAD de 40 lits**
 - 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 : **Néant**
 - 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 : **24 000 782 3**

- 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 de LANMARY est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté conjoint du Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine et du Président du conseil départemental en date du 22 août 2018 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (40).

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 LANMARY est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Dordogne.

Cet établissement est en direction commune avec les centres hospitaliers de Périgueux, Sarlat et Domme.

L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES CPOM SIGNES PAR LE GESTIONNAIRE

L'EHPAD du centre hospitalier de LANMARY couvert par le présent contrat est rattaché à l'établissement de santé signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.6114-1 du code de la santé publique (CPOM sanitaire) en cours de négociation pour la même période. Les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats.

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.

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.

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 du centre hospitalier de LANMARY, entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le CPOM s'inscrit dans la mise en œuvre de la réforme tarifaire, applicable depuis le 1^{er} janvier 2017 pour les EHPAD et petites unités de vie (PUV) tarifées au GMPS.

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressources par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis. Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires peuvent être mis en place pour :

- d'une part, financer les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés, ...)
- d'autre part, accompagner les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires, ...).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge de 7 ans (2017-2023) durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

Il ne peut être dérogé à ce rythme de convergence dans le cadre du CPOM.

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

4.1.1 - Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R.314-159 du CASF)

Le forfait global relatif aux soins 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.

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 avec PUI),
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

Dans ce cadre, lors de nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Une coupe PATHOS a été validée en avril 2018. Elle impliquera une convergence positive de 33 170,50 € sur 5 années, applicable à compter du 1^{er} janvier 2019.

Le montant du forfait global de soins peut être modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon les modalités prévues par l'article R 314-160 du CASF.

Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R.314-161 CASF).

La mise en œuvre de ces modalités sera précisée, le cas échéant, dans le Rapport d'Orientation Budgétaire.

La DGC propre aux établissements et services financés 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) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

4.1.2 - Une DGC propre aux établissements et services financés par le Département composée du forfait global relatif à la dépendance (R. 314-172 du CASF)

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.

4.1.3 – La tarification de l'hébergement

Le Tarif Hébergement est fixé pour 5 ans dans le présent contrat dans les conditions des articles R.314-179 et suivants du CASF. Il est calculé en divisant le montant des charges nettes d'exploitation afférentes à l'hébergement par la moyenne, sur les trois années qui précèdent l'exercice, du nombre effectif de journées de personnes accueillies dans l'établissement, sauf si l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans ou en cas de circonstances particulières.

Ainsi, pour l'EHPAD du centre hospitalier de LANMARY, la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, soit 721 000,00 € pour la section hébergement.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul.

	Hébergement
Titre 1	405 000,00 €
Titre 3	238 300,00 €
Titre 4	96 700,00 €
Total dépenses	740 000,00 €
- recettes en atténuation	19 000,00 €
- crédits non reconductibles	
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	
= Dotation globalisée initiale	721 000,00 €

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

4.1.4 – Les dispositions communes aux financeurs

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles.

L'EHPAD du centre hospitalier de LANMARY reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

L'EHPAD du centre hospitalier de LANMARY peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R.314-227 et 228 du CASF 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.

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond (Art R.314-40 du CASF).

En conséquence, le montant de la dotation reconductible à prendre en compte, à compter de l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

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

Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

Les dotations globalisées communes des établissements et services financés respectivement par :

- l'Assurance Maladie, d'une part,
- le Département, d'autre part,

sont arrêtées respectivement en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

Chaque 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 adressée par chaque autorité de tarification, le Centre Hospitalier de Lanmary transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement.

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 dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs.

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

- versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF,
- actualisée dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent contrat.

Modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 1^{er} janvier 2018 se répartit comme suit :

La dotation globalisée « de référence » correspond aux moyens reconductibles disponibles l'année de signature du (avant actualisation, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible dotation soins Au 1/01/2018 (en €)	Dont forfait global de soins HP
24 000 782 3	EHPAD du CH de LANMARY	660 002,20 €	660 002,20 €

➤ La DGC des établissements et services financés par le Département se répartit comme suit :

Finess	Etablissements	Base reconductible dotation dépendance au 1/01/2018 (en €)	Dont forfait global dépendance
24 000 782 3	EHPAD du CH de LANMARY	251 929,42 €	251 929,42 €

➤ Conformément à l'article L.313-14-2 du CASF, l'ARS et le Conseil départemental pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

1. Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
2. Des recettes non comptabilisées.

Cette récupération viendra en déduction de la tarification de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant d'un financement Assurance-Maladie :

S'agissant des CPOM signés à compter de 2019, les autorités de tarification pourront s'opposer à la proposition d'affectation des résultats antérieurs N-1 et N-2 prévue par l'organisme gestionnaire, en application de l'article R.314-234 du CASF sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant de la section hébergement, l'étude sera faite à l'occasion de la décision tarifaire N+2.

Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit

Au regard des articles R.174-9, R.174-16-1 et 16-2 du CASF, le présent contrat désigne :

- l'organisme d'assurance maladie, comme unique caisse pivot, chargée du versement de la dotation globalisée commune,
- l'établissement, le service ou la personne morale signataire du contrat pour percevoir cette dotation.

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de la DORDOGNE
- le Centre Hospitalier de LANMARY, signataire du contrat.

L'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime.

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désigné supra.

Modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

Le principe retenu est celui d'une affectation des résultats par le gestionnaire conformément :

- aux modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF)
- aux dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

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. Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

Une exception aux règles d'affectation des résultats concerne les EHPAD relevant de l'article L.342-1 du CASF : les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendance ne peuvent être affectés en réserve d'investissement, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissement (R.314-234 et R.314-244 du CASF).

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat 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. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (article R.314-52 ou R.314-236 du CASF).

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 et, pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (article R.314-234 du CASF).

Ainsi il est convenu que les résultats excédentaires soient affectés au regard des trois volets suivants, mais prioritairement :

- A la couverture des déficits antérieurs,
- A la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune « soins » reconductible du CPOM,

■ Puis sur les 3 volets suivants (le cas échéant) :

↳ Volet investissement :

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

↳ Volet Qualité

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation, ...)

↳ Volet Ressources humaines

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

Plan Pluriannuel d'Investissement (P.P.I.)

Un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) sera transmis la première année du CPOM, et donnera lieu à signature d'un avenant 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/et du Conseil Départemental, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R.314-20 du CASF.

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 L.315-14 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

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 Conseil départemental ;
- Un représentant de l'Agence Régionale de Santé ;
- Un représentant de l'organisme gestionnaire ;
- Le médecin coordonnateur de l'EHPAD
- Le cadre de santé référent de l'EHPAD.

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, la personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu aux articles L.314-7-1 et L.313-12 pour les établissements relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

- ❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, 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) et au plus tard le 30 juin de l'exercice pour transmettre :

- ↳ un EPCP lorsque l'établissement ou le service est géré par un établissement public de santé, conforme à l'article R.314-242 du CASF

- Le gestionnaire dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :
- un ERCP lorsque l'établissement ou le service est géré par un établissement public de santé, conforme à l'article R.314-233 du CASF.

Ce document est attendu au 8 juillet de l'année N+1 s'agissant de l'ERCP.

- ❖ Le gestionnaire transmettra à l'ARS une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. 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.

- 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.

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 ou à la demande du gestionnaire, 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.

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.

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.

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 du centre hospitalier de LANMARY.

LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2019, pour une durée de 5 ans.

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 à Périgueux, le

Le Directeur par intérim
Délégation Départementale de la
Dordogne de l'Agence Régionale de
Santé Nouvelle-Aquitaine

Le Directeur de Centre Hospitalier
de LANMARY

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

- ANNEXE 1 : L'organigramme de la direction commune et de l'organisme gestionnaire

- ANNEXE 2 : Le diagnostic partagé

- ANNEXE 3 : Les fiches actions
 -

- ANNEXE 4 : Le tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs

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).

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

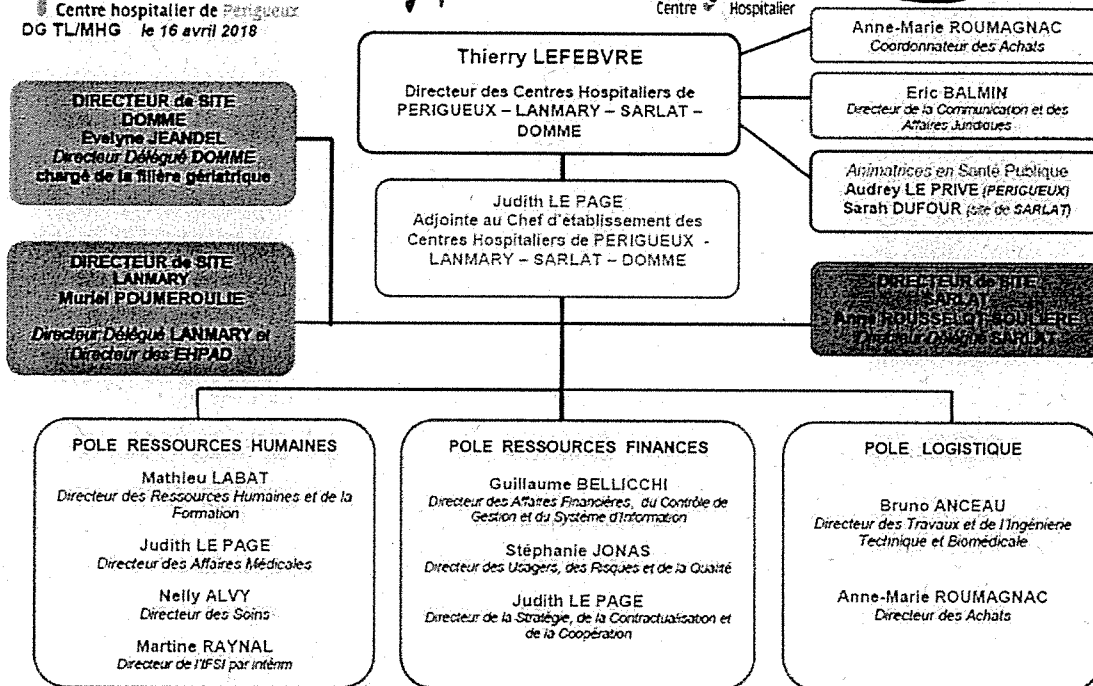
- ANNEXE 5 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

- ANNEXE 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

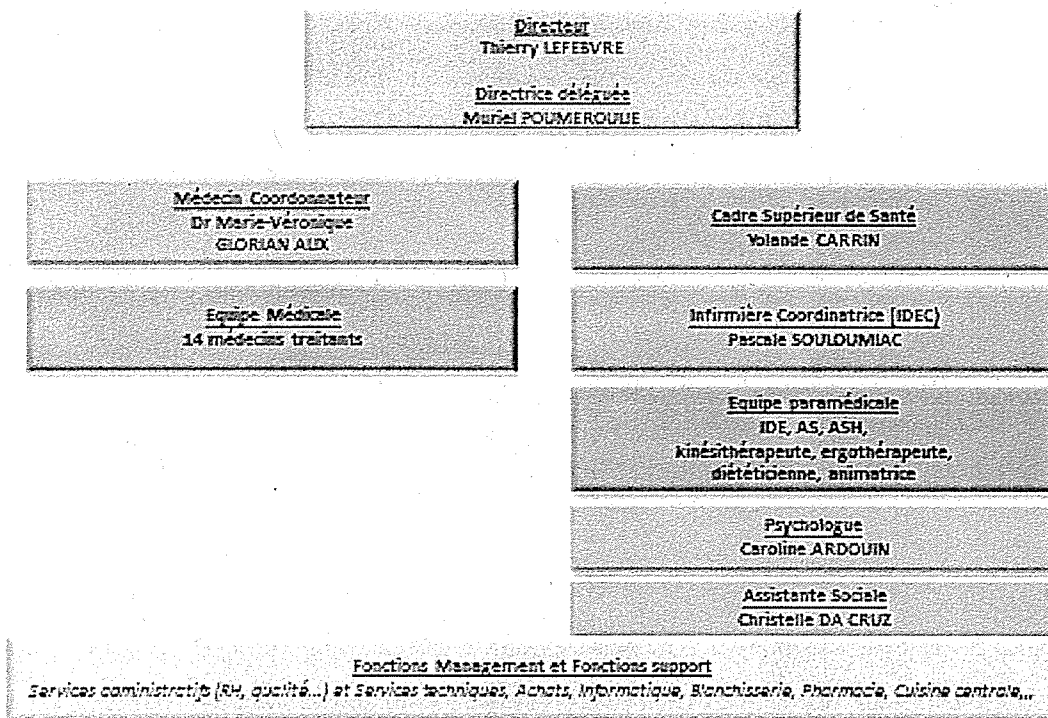
ANNEXE 1 : L'organigramme de la direction commune et de l'organisme gestionnaire



Centre hospitalier de Périgueux
DG TL/MHG le 16 avril 2018



ORGANIGRAMME DE L'EHPAD de LANMARY



ANNEXE 2 : Le diagnostic partagé



DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

- EHPAD de LANMARY

Table des matières

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM	3
2. ELEMENTS TRANSVERSAUX	3
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE	3
2.1.1. <u>Mutualisation</u>	3
2.1.2. <u>Situation financière du gestionnaire</u>	3
2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX EOSMS COUVERTS PAR LE CPOM	4
2.2.1. <u>Evaluations internes et externes</u>	4
2.2.2. <u>Coopérations et conventions</u>	4
2.2.3. <u>Politique des ressources humaines</u>	5
2.2.4. <u>Mutualisations des moyens entre les différents ESMS</u>	6
2.2.5. <u>Innovations en santé</u>	6
3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS	6
3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE	6
3.1.1. <u>Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)</u>	6
3.1.2. <u>Analyse des données du tableau de bord</u>	9
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES	9
3.2.1. <u>Activité - EHPAD de Lanmary</u>	9
3.2.2. <u>Ressources humaines - EHPAD de Lanmary</u>	9
3.2.3. <u>Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD de Lanmary</u>	10
3.2.4. <u>Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD de Lanmary</u>	- 15 -
3.2.5. <u>Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD de Lanmary</u>	- 19 -
4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE	23

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	Dotations Globalisées Communes
240007823	EHPAD de LANMARY	Public	40	40	
TOTAL					

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.

1.1. ORGANISME GESTIONNAIRE

1.1.1. Mutualisation

*Existence d'un siège du gestionnaire : (Oui/Non) **NON***

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 (€)
-	0	0	0
-	0	0	0
-	0	0	0
TOTAL			

1.1.2. Situation financière du gestionnaire

Résultats comptables du siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes	0	0	0
Dépenses	0	0	0
Net	0	0	0
Retraitements comptables (<i>variation des congés payés, reprises...</i>)	0	0	0
RESULTAT A AFFECTER	0	0	0

Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2. **Nous n'avons pas d'organisme gestionnaire**

1.2. 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.

1.2.1. 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 de Lanmary	Décembre 2013	2023

Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD de Lanmary	Du 08 au 09 Juillet 2014	2025

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 de Lanmary			

1.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	x		Convention entre l'Ets et le CH de Périgueux
Une équipe mobile de gériatrie	x		
Une équipe mobile de soins palliatifs	x		Convention entre l'Ets et le CH de Périgueux
Une ou plusieurs officines de pharmacie		x	Nous disposons d'une PUI au sein de l'ES
Un établissement de santé	x		Convention de direction commune avec le CH de Périgueux
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	x		Convention entre l'Ets et le CH de Périgueux
Un réseau de soins palliatifs	x		
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)	x		Travail partenarial avec le CHP ; réseau Douleur (Inter CH) diabète...
Un cabinet dentaire		x	En partenariat Projet pour le 3 ^{ème} Trimestre 2018 avec CHP
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA	x		
Autres		x	

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?

La participation de l'EHPAD au GHT est-elle envisagée (EHPAD publics) ? Dans le cadre de l'inscription du CHL au GHT de Dordogne

1.2.3. 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 de Lanmary	Appui de la gestion par le CHL, Gestionnaire et convention de direction commune avec le CHP		

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	Éléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	Oui		Formations mutualisées sur EHPAD en interne		
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?	Oui				
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	Oui				
Adéquation du personnel aux missions ?	Oui				

Projection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite

ESMS couverts par le CPOM	Nombre d'ETP susceptibles de partir en retraite	Qualification des personnels concernés	Montant indemnités départ en retraite (Privés) et CET (publics)	Politique RH : Remplacement, mutualisation ou suppression poste
<u>ANNEE N : (2018)</u> ESMS xxx ESMS xxx	1	ANIMATRICE		REPLACEMENT
<u>ANNEE N + 1 : (2019)</u> ESMS xxx ESMS xxx	1	ASHQ		REPLACEMENT
<u>ANNEE N + 2 : (2020)</u> ESMS xxx ESMS xxx	1	AS		REPLACEMENT
<u>ANNEE N + 3 : (2021)</u> ESMS xxx ESMS xxx	1	IDE		REPLACEMENT
<u>ANNEE N + 4 : (2022)</u> ESMS xxx ESMS xxx	1	IDE		REPLACEMENT
TOTAL	5			
Provisions déjà constituées				
RESTE A FINANCER				

1.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?
Pas d'AS de Nuit			Mutualisation avec le SSR
Pas d'IDE de Nuit			

1.2.5. 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*) ? Non
- Autres actions innovantes (*Ex : développement de la domotique, Silver Economie...*) ? Non

2. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

2.1. 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 de 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.

2.1.1 Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

a) Données de caractérisation

Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif global/partiel*) : **TARIF GLOBAL**
- 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/Non) **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*) : **40 Lits en Hébergement Permanent**
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : **40 Places**
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance : (Oui/Non) **OUI**

Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : (Oui/Non) **OUI**
- Organisation comprenant un pool de remplacement : (Oui/Non) **NON**
- Nature du diplôme du Directeur : **Directeur D'Hôpital (EHESP)**

Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : (Oui/Non) **OUI**
- Accès à un groupe électrogène : (Oui/Non) **OUI**
- Nombre de chambres individuelles : **40 CHAMBRES INDIVIDUELLES**
- Organisation des transports accueil de jour : interne/externe/mixte **PAS D'ACCUEIL DE JOUR**
- Plateau technique/Equipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) : **EQUIPEMENT EN PROPRE : Salle de gymnastique, Accès libre ordonnateur (Skype...), possibilité d'accès aux équipements sportifs du SSR (Cycloergo, tapis roulant) sous supervision et sur prescription médicale.**

Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : (Oui/Non) OUI
- Partenariat avec un réseau de santé : (Oui/Non) OUI
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale : (Oui/Non) OUI
- Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) :
 - une convention avec l'EHPAD du MOULIN de l'ISLE (Avril 2004),
 - une convention avec l'EHPAD de BRANTOME (Mars 2004),
 - une convention avec PALLIA 24,
 - une convention avec ALLIANCE 24,
 - une convention avec les SSIAD de Périgueux, Cubjac et Vergt,

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%

Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

- Dernier GMP connu : 796 => le 04/04/2018
- Dernier GMP validé : 796 => le 04/04/2018
- Dernier PMP connu : 214,83 => le 04/04/2018
- Dernier PMP validé : 214,83 => le 04/04/2018

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 % En 2017 %
 - Décès : 10/12 => soit 83,33%
 - Suite à une Hospitalisation : 1/12 => soit 8,33%
 - Vers un autre Ets Médico-social 1/12 => soit 8,33%
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en % En 2017 %
- Quelle est le niveau d'activité de l'ESMS ?
- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) : En 2017 (14 585 journées réalisées / 14 600 journées théoriques) => 99,90%
- 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) : En 2017 (12 entrées/40 lits) => 30%

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 : 0,00%
- Taux de prestations externes : 0,00%
- L'organisation est-elle structurée et stable ?
- Taux d'absentéisme (hors formation) : 5,44% (maladie + AT)
- Taux d'absentéisme par motif :
 - Maladie => 3,14% ;
 - Accident de Travail => 2,10%.

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 : 100,16 % (2017)
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 98,69 % (2017)

Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?

- Taux de CAF : 7,10 %
- Taux de vétusté des constructions : 3,34 %
- Taux d'endettement : 0,00%
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes : 0,00%

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ?

- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) : **100%**
 - Groupe 1 : Produits de la Tarification => **95,84%**
 - Groupe 2 : Autres Produits relatifs à l'exploitation => **4,16%**
 - Groupe 3 : Produits financiers et Produits non encaissables => **0,00%**

- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) : **100%**
 - Groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation courantes => **23,43%**
 - Groupe 2 : Dépenses afférentes au personnel => **70,34%**
 - Groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure => **6,23%**

Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) : 100%
 - Hébergement : **43,62%**
 - Dépendance : **14,77%**
 - Soin : **41,61%**

- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) : 100%
 - Hébergement : **44,24%**
 - Dépendance : **14,99%**
 - Soin : **40,77%**

- Taux d'utilisation de la dotation en soins : **96,55%**

- Structure des dépenses financées par la dotation de soins :
 - Dépenses de personnel : **571 527,39 €**
 - Dépenses de prestation et fournitures médicales et paramédicales : **118 653,94 €**
 - Dépenses de matériel médical : **5 896,15 €**

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) : **Evaluation interne réalisée les 7, 8 et 12 Novembre 2013**
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : **Evaluation externe réalisée les 8 et 9 Juillet 2014**

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 :

- **Le Centre Hospitalier de Lanmary s'est organisé pour mener à bien le schéma directeur du système d'information.**
- **Les rôles et responsabilités sont identifiés. Le responsable informatique partage son temps de travail avec ses missions de responsable qualité comme le précise sa fiche de poste. Le CHL est en convention de Direction Commune avec le Centre Hospitalier de Périgueux dont l'ingénieur supervise les dossiers.**
- **Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a mis en place un dispositif avec le SI Limousin Poitou-Charentes pour gérer et garantir la sécurité du système. Les niveaux d'habilitation par application sont définis.**
- **Les besoins en équipements informatiques sont identifiés et sont adaptés.**
- **Les guides d'utilisation des logiciels métiers, le plan de continuité d'activité et de reprise d'activité, la conduite à tenir en cas de coupure de la liaison informatique avec le SILPC sont formalisés.**

- La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité, quel que soit le support d'information.

2.1.2 Analyse des données du tableau de bord

ESMS de LANMARY	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			
Axe n°3 : Finances et budget			
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?			

2.3 ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

2.3.1 Activité - EHPAD de LANMARY

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques (<i>capacité x365j</i>)	14 600	0	0
Journées réalisées	14 585	0	0
Taux d'occupation	99.9%	0	0

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.

Le nombre de personnes en liste d'attente active s'élève environ à **une cinquantaine de demandes**

2.3.2 Ressources humaines - EHPAD de LANMARY

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadrement	Hébergement	Dépendance	soin	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres
Direction/administration	1.10	0.03	1,10				
Services généraux	1.09	0.03	1.09				
Animation	1	0.03	1				
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	8.79	0.22	6.36	2.73			
Aide-soignant- AMP-ASG	9.91	0.25		2.49	7.42		
Psychologue	0.50	0.13		0.50			
Infirmière	3.80	0.10			3.80		
Auxiliaires médicaux	0.50	0.13			0.50		
Pharmacien ET préparateur	0.54	0.14			0.54		
Médecin coordonnateur	0.25	0.01			0.25		
Autre fonction (CUI)	1.70	0.04	1.70				
TOTAL	29.18		11.25	5.72	12.51		

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : les Médecins traitants intervenant sont au nombre de 13.

Commentaires éventuels :

Taux d'absentéisme par catégorie et par motif (cf. bilan social n-1)

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (<ou=à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
ASHQ	12.56 %	0.18 %	1
AS	5.09 %	0.22 %	1
Psychologue	0.55 %	0.55 %	
Infirmier	0.43 %	0.43 %	
Contrats aidés CUI	1.13 %	1.13 %	

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

2.3.3 Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD de LANMARY

Analyse budgétaire et financière, par ESMS, des trois derniers comptes administratifs.

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

- Les recettes sur la période :

ESMS de LANMARY	N-1 2017				N-2 2016				N-3 2015			
	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	Hébergement	Dépendance	Soins	Total
Total Groupes de recettes	755 750,69 €	255 911,41 €	720 956,77 €	1 732 618,87 €	731 119,31 €	257 924,21 €	695 489,21 €	1 684 532,73 €	728 456,99 €	247 436,57 €	769 706,98 €	1 745 600,52 €
Groupe 1	717 552,72 €	255 292,54 €	702 544,20 €	1 675 389,46 €	699 549,66 €	251 534,53 €	673 571,33 €	1 624 655,52 €	693 547,88 €	241 593,02 €	663 470,44 €	1 598 881,34 €
Groupe 2	38 197,97 €	618,87 €	18 412,57 €	57 229,41 €	31 569,65 €	6 389,68 €	21 917,88 €	59 877,21 €	34 909,11 €	5 843,55 €	105 966,52 €	246 719,18 €
Groupe 3	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :

- Les recettes d'exploitation :
- Groupe 1 :
- Groupe 2 : Reprise de provision de 71 000,00 Euros 2015 d'où la différence au Groupe 2 des recettes
- Groupe 3 :

- Les dépenses sur la période :

ESMS de LANMARY	N-1 2017				N-2 2016				N-3 2015			
	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	Hébergement	Dépendance	Soins	Total
Total Groupes de dépenses	755 249,67 €	255 860,65 €	696 077,48 €	1 707 187,80 €	730 444,99 €	257 901,19 €	674 083,82 €	1 662 430,00 €	727 568,20 €	247 403,41 €	732 900,34 €	1 707 871,95 €
Groupe 1	257 010,33 €	21 715,06 €	121 199,89 €	399 925,28 €	254 886,24 €	18 972,58 €	115 011,76 €	388 870,58 €	258 817,03 €	20 197,61 €	114 576,35 €	393 590,99 €
Groupe 2	397 511,94 €	231 853,83 €	571 527,39 €	1 200 893,16 €	387 722,01 €	236 513,87 €	556 467,71 €	1 180 703,59 €	376 973,02 €	224 841,00 €	535 097,12 €	1 136 911,14 €
Groupe 3	100 727,40 €	2 291,76 €	3 350,20 €	106 369,36 €	87 836,74 €	2 414,74 €	2 604,35 €	92 855,83 €	91 778,15 €	2 364,80 €	83 226,87 €	177 369,82 €

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

- Les charges d'exploitation :
- Groupe 1 :
- Groupe 2 :
- Groupe 3 : Constitution d'une provision de 80 000,00 Euros en 2015 suite à CNR alloués en fin d'exercice

▪ **Résultats à affecter :**

ESMS de LANMARY	N-1 2017	N-2 2016	N-3 2015
Recettes	1 732 618,87	1 684 532,73	1 745 600,52
Dépenses	1 707 187,80	1 662 430,00	1 707 871,95
Net	25 431,07	22 102,73	37 728,57
Retraitements comptables (<i>variations congés payés, reprises...</i>)	121,76	98,74	65,58
Résultat à affecter	25 552,83	22 201,47	37 794,15
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES			
N-1	25 552,83		
N-2	22 201,47		
N-3	37 794,15		

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

BILAN FINANCIER

ACTIF	31/12/2017	31/12/2016
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	353 562,06	317 697,48
Frais d'établissement	0,00	0,00
Frais d'études, de recherche et de développement	0,00	0,00
Concessions, droits similaires, brevets, licences...	353 562,06	317 697,48
Autres immobilisations incorporelles	0,00	0,00
Immobilisations incorporelles en cours	0,00	0,00
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	17 367 813,74	17 155 841,09
Terrains	171 607,60	171 607,60
Constructions	13 618 559,27	13 558 905,53
Constructions en cours	12 960,00	1 782,00
Installations, matériel et outillage techniques	3 564 686,87	3 423 545,96
Autres immobilisations corporelles	0,00	0,00
Immobilisations corporelles en cours	0,00	0,00
Immobilisations reçues en affectation	0,00	0,00
Immobilisations affectées ou mises à disposition	0,00	0,00
IMMOBILISATIONS FINANCIERES	12 117,81	13 266,92
Participations et créances rattachées	9 137,10	9 137,10
Autres immobilisations financières	2 980,71	4 129,82
TOTAL I - BIENS STABLES	17 733 493,61	17 486 805,49
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT		
Créance de l'article 58	549 233,56	549 233,56
TOTAL II - BIENS STABLES D'EXPLOITATION	549 233,56	549 233,56
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION		
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL (négatif)		
Stocks	82 359,32	101 565,25
Hospitalisés et consultants	221 066,79	205 651,62
Caisse Pivot (solde créance article 58)	0,00	0,00
Autres tiers payants	1 026 317,66	990 173,44
Créances admises en non valeur	0,00	0,00
Sécurité Sociale	0,00	0,00
Etat et collectivités locales	0,00	0,00
Charges constatées d'avance	0,00	0,00
Autres créances	503 895,11	567 391,67
Dépenses à classer	0,00	0,00
TOTAL III - BIENS D'EXPLOITATION	1 833 638,88	1 864 781,98
BFRE		
BFR	993 321,37	1 035 391,49
Valeurs mobilières de placement	0,00	0,00
Disponibilités	3 775 392,74	3 237 300,01
Dotations Globales de Financement attendue	0,00	0,00
TOTAL IV - LIQUIDITES	3 775 392,74	3 237 300,01
TRESORERIE POSITIVE	3 706 800,52	3 172 907,07
TOTAL ACTIF	23 891 758,79	23 138 121,04

BILAN FINANCIER

PASSIF	31/12/2017	31/12/2016
Apports	2 993 860,74	2 993 860,74
Excédents affectés à l'investissement	3 743 904,25	3 226 982,79
Subventions d'investissement	16 462,00	600,00
Emprunts et dettes assimilées	875 795,20	1 017 681,52
Amortissements	12 597 413,33	11 985 359,98
Provisions		
TOTAL I - FINANCEMENTS STABLES	20 227 435,52	19 224 485,03
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT	2 493 941,91	1 737 679,54
Reserve de Trésorerie	440 409,36	440 409,36
Reserve de Compensation	0,00	0,00
Excédents affectés à la réduction des charges		
* la réduction des charges d'exploitation	250 121,76	250 098,74
* au financement des mesures d'exploitation	0,00	0,00
Report à nouveau déficitaire	0,00	0,00
Résultat comptable	241 982,42	516 944,48
Provisions réglementées	0,00	0,00
Provisions pour risques et charges	1 749 000,00	1 745 000,00
Autres provisions	73 900,00	67 400,00
TOTAL II - FINANCEMENTS STABLES D'EXPLOITATION	2 755 413,54	3 019 852,58
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION	2 206 179,98	2 470 619,02
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL (positif)	4 700 121,89	4 208 298,56
DETTES D'EXPLOITATION	625 950,59	572 628,50
Dettes fournisseurs	319 583,72	267 205,66
Dettes fiscales et sociales	306 366,87	305 422,84
Avances des collectivités locales	0,00	0,00
DETTES HORS EXPLOITATION	214 366,92	256 761,99
Dettes sur immobilisations	0,00	0,00
Recettes à classer	214 366,92	256 761,99
Produits constatés d'avance	0,00	0,00
Autres comptes créditeurs	0,00	0,00
TOTAL III - FINANCEMENTS D'EXPLOITATION	840 317,51	829 390,49
EFE	-1 207 688,29	-1 292 153,48
Fonds déposés par les malades	65 891,42	60 939,29
Intérêts courus non échus	2 700,80	3 453,65
Crédits de trésorerie	0,00	0,00
Autres soldes créditeurs classe 5	0,00	0,00
TOTAL IV - FINANCEMENT A COURT TERME	68 592,22	64 392,94
TRESORERIE NEGATIVE		
TOTAL PASSIF	23 891 758,79	23 138 121,04

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/Non

Durée : ans

Période du / ... / Au / ... /

Objectif du PPI : détailler la programmation et expliquer les objectifs principaux
(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.)

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS de LANMARY	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	-
Réserve de compensation des charges d'amortissement	-
Réserve de trésorerie	-
Provisions pour risques et charges	90 000,00 Euros
Provisions pour renouvellement des immobilisations	-
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	-

Projets d'investissement

Des projets sont-ils en cours de réflexion ou de mise en œuvre (*mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction...*) ?

- **Plan Ad'AP (Accessibilité Handicapés)**
- **Réfection des peintures intérieures et des chambres**
- **Remplacement des lits à hauteur variable**
- **Réfection des parkings**

Commentaires :

2.3.4 Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD de LANMARY

Cette partie est à renseigner en lien avec les évaluations interne et/ou externe.

ESMS de LANMARY	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	Oui	Livret d'accueil élaboré et mis à jour en version papier et sur page dédiée du site internet. Le livret d'accueil est complété par une plaquette de présentation de l'EHPAD également mise à jour régulièrement.		
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui	La charte des droits et des libertés de la personne âgée est remise à l'entrant dès sa demande d'admission et affichée dans le service et à l'accueil.		
Contrat de séjour	Oui	Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour sont encours d'actualisation		
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	Oui	Affichage dans le service et données disponibles dans le livret d'accueil		
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	Oui	Le CVS est organisé régulièrement, conformément à la réglementation, bonne participation des résidents et familles de résidents.		
Règlement de fonctionnement	Oui	idem		
Projet d'établissement	Oui	Volet du projet d'établissement du CHL		
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	Oui	La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement sont d'un axe prioritaire de l'établissement. De nombreuses formations sur ce thème sont organisées, la formalisation d'une « charte de bientraitance » en 2016 a fait l'objet d'un accompagnement auprès du personnel.		
Projet d'accompagnement personnalisé	Oui	ASH, IDE, Psychologue, ont travaillé en groupe avec des plans de soins (mis à jour régulièrement). Une formation a été mise en œuvre, 16 personnes sur 20 ont été formées sur le projet de vie avec des pilotes sur lesquels l'ensemble des agents peuvent s'appuyer. Deux groupes, un premier groupe pilote, avec mise en œuvre des bases de travail, puis 2 autres groupes ont été réunis. Le Projet Individuel est en place pour chaque résident à l'administration et actualisé à chaque changement et ou annuellement. Le Projet Individualisé est initié par le psychologue qui établit un calendrier de ses visites pour construire ce projet avec le résident et l'entourage.		
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	Oui	La proximité immédiate du Centre Hospitalier assure une continuité des soins à l'EHPAD. Les résidents ont la possibilité de garder leur médecin traitant quand ils entrent à l'EHPAD, ces derniers assurent le suivi et le renouvellement des prescriptions en lien avec le médecin coordonnateur. Toutes les consultations de spécialistes sont effectuées par des praticiens désignés par le résident. Le médecin coordonnateur est gériatre et diplômé de soins palliatifs et d'accompagnement.		

		La pharmacie interne est forcée de proposition pour les traitements des résidents et tout ce qui concerne le circuit du médicament. Les soins s'articulent autour d'une équipe pluridisciplinaire gérée par le médecin coordonnateur, le cadre supérieur de santé, la psychologue. L'infirmière coordinatrice, les infirmiers, les aides-soignants, les agents de service hospitalier accompagnent les personnes âgées dans leur quotidien et travaillent dans une démarche d'amélioration continue pour répondre au mieux à leurs besoins. Des kinésithérapeutes, des orthophonistes, dentistes et pédicure interviennent à la demande. L'EHPAD va bénéficier des consultations dentaires mises en place au CHP : fin 2018 L'EHPAD travail en lien avec l'EHPAD ressources du CHP		
Evénements indésirables : 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	Oui	En cas d'incident : fiche d'événement indésirable collectée par le qualitatif. Il y a une réunion du comité des risques (CDR) tous les quinze jours pour l'ensemble du Centre Hospitalier avec la Direction, le cadre, le président du CME et le qualitatif afin d'analyser les déclarations et d'y apporter une réponse. Le comité se réunit immédiatement en cas d'événement grave, et une analyse des causes et points à réaliser en direction commune		
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	Oui	Un PAQSS institutionnel est suivi par le qualitatif et la direction de l'établissement.		
	Oui	Les RPP sont diffusées et mises à disposition du personnel de l'EHPAD.		
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	Oui	Procédure institutionnelle		
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Oui	Si le résident est en fin de vie, les professionnels s'assurent que les informations relatives à la fin de vie ont bien été recueillies. Il n'y a pas de recueil à l'admission, sauf si la famille aborde le sujet. Dès que l'état de santé du résident est inquiétant, la famille et/ou le représentant légal est sollicité pour recueillir les dispositions et les volontés	les directives anticipées doivent être finalisées.	
VOLET MEDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation : 27/01/2015	Oui	L'EHPAD fait partie du projet d'établissement 2015-2019		
Livret thérapeutique en place	Oui	Le livret thérapeutique est en place, il est intégré au logiciel OSIRIS, et est géré par la pharmacie interne de l'établissement.		
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	Oui	Existe pour chaque résident		
Protocole risque de chute	Oui	Prévention : atelier « Périchut' » animé par l'ergothérapeute et l'animatrice. Travail sur l'équilibre et la motricité. Les chutes sont listées avec une analyse des causes et conséquences, le Qualitatif réalise une analyse statistique sur Excel. Ce travail fait l'objet d'une		

		réactualisation qui permettra sans doute de mettre en avant une analyse globale des chutes sur l'EHPAD. Un simulateur de vieillissement acquis par l'EHPAD ressources du CHP permettra de former les soignants en interne		
Prévention et prise en charge des escarres	Oui	Risque évalué avec l'échelle de BRADEN. La prévention se fait à l'aide de fiches techniques pour effleurage, changement de position... mais aussi matelas à air dès l'alitement. La prise en charge de l'escarre est protocolisée. Une IDE est formée « Plaies et cicatrisation ».		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires			A ce jour, difficulté d'accès aux soins dentaires (RV pris par l'EHPAD. Un difficile accès dans les cabinets dentaires pour les résidents alité ou en fauteuil). A compter de septembre 2018, accès par convention au fauteuil dentaire EHPAD des Félibres (CHP).	
Prise en charge de la douleur	Oui	La douleur est prise en compte et évaluée par les échelles DOLOPLUS et ALGOPLUS. La psychologue a un rôle important par rapport à la composante angoisse dans la sensation de la douleur. En fin de vie : la prescription de morphine est discutée avec le médecin coordonnateur par la plupart des médecins traitants et cela permet un meilleur suivi.		
Accompagnement de la fin de vie	Oui	La fin de vie est abordée par la psychologue dans son recueil de données pour connaître les souhaits du résident et/ou de sa famille. Elle est gérée par l'équipe soignante qui accompagne le résident et favorise la présence de la famille à ce moment. Une convention a été signée avec l'équipe de soins palliatifs Pallia 24 et avec Alliance 24. Une formation à l'accompagnement de fin de vie est prévue pour les soignants. Lors du décès l'établissement met en place le rituel souhaité par la famille au dépositaire où repose le défunt	Systématisation des directives anticipées	
Prise en charge de la dénutrition	Oui	Evaluation des risques : pesée à l'entrée, pesée régulière, compléments alimentaires prescrits, réévaluation lors du projet personnalisé. La prise en compte de la vitamine D dans l'équilibre nutritionnel est en cours de formalisation. L'analyse des besoins des résidents en EHPAD fait apparaître un besoin croissant. La Diététicienne intervient auprès de chaque résident qui le requiert, ainsi que l'Orthophoniste, à la demande (troubles de déglutition)		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	Oui			

Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : (Oui/Non) **OUI**

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation : Licence accordée le **18/02/1998** ; (Selon l'Arrêté préfectoral en date du 16/06/2000)

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 :	Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans le secteur EHPAD.
- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;	La prescription est faite par les médecins sur le support informatique. Elle apparaît au niveau de la pharmacie ainsi que sur le poste de l'unité de soin avec une édition automatique. La pharmacienne procède à l'analyse pharmaceutique. La continuité du traitement médicamenteux est assurée dès l'admission (reprise du traitement de sortie de l'établissement adresseur et adaptation).
- La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ;	Les IDE ont été formées à la sécurisation du circuit du médicament (12 en 2015, avec poursuite des formations en 2016 pour assurer à terme la formation de la totalité des IDE). Les supports de prescriptions sont sécurisés et intégrés au logiciel patient/résident. Les nouveaux arrivants reçoivent un livret d'accueil ainsi qu'un livret pharmacie. Par ailleurs, ils sont tutorés pendant une semaine.
- La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments	La pharmacie approvisionne l'EHPAD en fonction des besoins, les piluliers des résidents sont préparés à la pharmacie.
- L'administration des médicaments dont l'identivigilance	L'administration est faite par les IDE aux horaires prescrits, avec le chariot contenant les piluliers du traitement journalier de chaque résident et avec vérification systématique des prescriptions à l'aide du lutin contenant toutes les prescriptions
- Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ;	La validation de l'administration est faite par les IDE en fin de distribution. Le développement du WIFI a eu lieu pour permettre une administration au lit du résident.
- L'informatisation du circuit du médicament	La permanence pharmaceutique est assurée et l'accès à la pharmacie est possible en présence de la pharmacienne. Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs (pharmacie, médecins et soins infirmiers) sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.
- La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).	Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs ou sur le processus. Les responsables en lien avec les IDE référentes de chaque unité (SSR) de soins (y compris EHPAD) s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Les événements indésirables en lien avec la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont renseignés par les professionnels et analysés régulièrement par la cellule de gestion des risques. Deux CREX ont été réalisés en 2014, un en 2016 et un en 2017.

2.3.5 Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD de LANMARY

	Nom EHPAD : LANMARY				
	Date d'effet de la convention : 27 janvier 2014				
	Date de fin de la convention : 27 janvier 2019				
Objectifs	Intitulé fiches action	Moyens engagés	Délais	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Objectif 1 : Mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur de tous les résidents	Action 1 Développer les actions d'animation de la vie sociale, en favorisant la participation des bénévoles et des familles	Développement des actions d'animation : Amélioration de la lisibilité et de la traçabilité Organisation des rencontres participatives avec les bénévoles Développement des rencontres participatives avec les familles	2014	R	Ateliers sécurisé et tracés : fiches + transmission ciblées. Participation des bénévoles tous les jeudis + activités festives et autres (café, rencontre, cvs)
	Action 2 Rédiger un projet d'animation, intégrer au projet d'établissement	Mise en place de la commission d'animation	2014	EC	En lien avec le CVS et réunion en début d'année avec les représentants des usagers
	Action 3 Assurer une formation qualifiante a un professionnel de l'EHPAD	Inscription d'un agent au BPGEPS	2017	EC	
Objectif 2 : S'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité	Action 1 : Poursuivre la démarche qualité en assurant la mise en œuvre et le suivi du plan d'action et des indicateurs issus de dévaluation interne et externe de l'EHPAD.	- identification d'un temps de qualicien au sein des EHPAD : - mettre en œuvre des actions prévues au plan d'amélioration issu de l'évaluation interne : - évaluer et actualiser les documents qualité en place : formaliser les bonnes pratiques en procédures et protocoles - mise en place des actions d'amélioration issues des évaluations internes et externes	2014 / 2017	R EC EC EC	Temps dédié 10% A l'entrée : - consentement résident tracé - améliorer et poursuivre la communication avec l'équipe - projet établissement 2015/2019 Promotion recommandation bonnes pratiques - accueil projet de vie
	Action 2: Réaliser une enquête de satisfaction des résidents et familles	- Construire et mener une enquête de satisfaction destinée aux résidents et familles, en collaboration avec la Commission des usagers (réflexion à mener avec l'EHPAD ressources).		EC	
	Action 3 : Réaliser une enquête de satisfaction auprès du personnel			R (enquête RPS déc. 2015)	Enquête entrée Enquête repas Enquête animation Enquête des risques psychosociaux (2016)
Objectif 3 : Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance	Action 1 : - Inscrire des formations actions du personnel au plan de formation annuel	Développer les actions de formation Mener un audit de pratique auprès des soignants, à échéances régulières	2014 / 2017	R	Formation action projet de vie

Objectifs	Intitulé fiches action	Moyens engagés	Délais	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Objectif 3 : Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance	Action 2 : inscrire la démarche dans les projets de vie	Inscrire un axe dans le PVI autour de la promotion de la bientraitance Mettre en place une charte de la bientraitance (élaborer une conduite à tenir)		R	Charte de la bientraitance
Objectif 5 : Structurer l'organisation des ressources humaines et développer une politique de formation adaptée	Action 1 : Renforcer la prise en charge médicale pour répondre à l'augmentation des besoins médicaux des résidents	Augmentation du temps de médecin coordonnateur selon le ratio ad hoc.	2014 / 2017	R	Passage de 0.20 à 0.25 ETP
	Action 2 : Développer la formation des équipes à la prise en charge des patients Alzheimer ou atteints de démence	Inscription au plan de formation des prises en charge spécifiques de type démence ou Alzheimer		R	Tous les ans les agents participent à cette formation
	Action 3 : accompagner la mise en œuvre du projet de soins par la formation	mise en place du projet personnalisée, en lien avec les besoins des résidents : douleur, escarres, fin de vie, chutes, et évaluation de l'autonomie		R	
Objectif 7 : Transmettre le rapport médical annuel à l'ARS selon le modèle et les modalités définies au niveau régional	Action 1 : - Elaboration et transmission annuelle du rapport précité	Rédaction par le médecin coordonnateur	A compter de 2014	EC	En attente du modèle ARS nouvelle Aquitaine (Pas de modèle à ce jour)
Objectif 8 : Améliorer la sécurité des résidents : sécurisation des locaux et réfection du système d'appel-malades	Action 1 : <ul style="list-style-type: none"> - sécuriser les locaux • installer un système de protection des issues donnant sur L'extérieur • former et sensibiliser le personnel - Réfection du système d'appels-malades défaillant • Remplacement du système d'appels-malades 	Définition d'un cahier des charges et défection prestataire - Audit de sûreté encours	2015 / 2017	EC	Configuration du site non sécurisable.
		Cet objectif est conditionne a la production d'un Plan Pluriannuel d'Investissement approuvé par les autorités de tarification, inservant les incidences financières de ces investissements.		R	Réfection du système d'appel malades

Objectif 9 : Développer la qualité des prescriptions médicamenteuses et le circuit du médicament	Action 1 : Améliorer le circuit du médicament, en lien avec la démarche qualité du Centre Hospitalier de LANMARY <ul style="list-style-type: none"> • former et sensibiliser le personnel de l'EHPAD et les intervenants libéraux à ses missions • optimiser les organisations • mettre en place des outils adaptés permettant une amélioration du circuit, poursuivre l'EPP en cours sur le circuit du médicament 	- Informatisation du circuit du médicament - Sécuriser la préparation et la distribution des médicaments et des gouttes - inscription de la qualité de la prescription médicamenteuse comme axe institutionnel prioritaire du plan de formation - Acquisition de matériel adapté aux différentes étapes du circuit	2014 / 2019	R R R EC	Projet Sésame Sachets + gobelets identifiés / étiquettes informatisées
Objectifs	Intitulé fiches action	Moyens engagés	Délais	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Objectif 10 : Améliorer les prises en charge spécifiques, dans le cadre des démarches institutionnelles et départementales Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique, réduire le risque de chute, améliorer la prévention et la prise en charge des escarres, garantir la prise en charge de la douleur, protocoliser l'accompagnement de la fin de vie Cet objectif, et les actions qui en découlent, renvoient au compte rendu de l'audit médical élaboré par le Docteur Wone et annexé à la présente.	Action 1 : Former et sensibiliser les professionnels institutionnels et libéraux des EHPAD à ces prises en charge spécifiques Action 2 : Formaliser le suivi de la douleur Action 3 : Formaliser le dépistage des détériorations intellectuelles. Action 4 : Mettre en place une échelle d'évaluation du risque d'escarres Action 5 : Améliorer les suites données à l'analyse des chutes Action 6 : Systématiser la collation du soir à tous les résidents éveillés et lors de réveils nocturnes afin de réduire le temps de jeûne Action 7 : Réflexion à mener sur la vérification de l'état buccodentaire lors de réévaluation gériatrique globale Action 8 : développer des actions en lien avec les comités et commissions institutionnels portant sur ces thématiques.	- Formations annuelles Douleur / SP / MAMA / ... - Travail avec l'interCLUD - Travail engagé en 2017 avec l'appui du Médecin Co du travail, de l'ergothérapeute et de l'IDEC. - actualisation régulière des projets personnalisés Collation systématiquement proposée - Travail en réseau avec les comités et commissions du Centre Hospitalier de LANMARY (CLUD, comité de Gestion des risques ...) et en partenariat avec le Centre Hospitalier de (CLAN...) et les équipes mobiles (Douleur, Périgieux Palliatifs...)	2014 / 2019	R EC EC R R R EC	 Analyse chute 2014 2015 liés aux démences, Analyse bénéfice/risque 2 ^{ème} semestre 2017, organiser les es des résidents au CHPx

Objectif 11 : Assurer la coordination avec les professionnels libéraux	Action 1 : Mettre en place la Commission de Coordination Gériatrique	Installation de la commission prévue en 2017	Prevue en 2017	NR	
Objectif 12 : Organiser des partenariats permettant de fluidifier le parcours, par le biais de relations formalisées	Action 1 : Développer les partenariats avec les autres institutions, structures régionales et départementales	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux réunions et instances régionales et départementales : CLIC du grand Périgueux, MAIA... - Participation aux travaux du GHT - Conclusions de conventions de partenariat avec les SSIAD de PGX, VERGT et CUBJAC, avec l'HAD du Centre Hospitalier de PERJGUEUX - S'inscrire dans la démarche aquitaine de développement de VIA TRAJECTOIRE EHPAD - HAD 	A compter de 2014	R	
Objectif 13 : Participation à VIA TRAJECTOIRE	Action 1 : S'inscrire dans le développement de VIA TRAJECTOIRE		2015	EC	

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 de modification capacitaire ;

- Pas de redéploiement possible : Nécessité d'un accompagnement CPOM, avec le projet de mise en place d'un AS de nuit, visant à sécuriser l'EHPAD

- 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) ?

- Pas de projet d'alternative à l'hébergement permanent du fait de la capacité de l'EHPAD.

- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?

- Pas de projet à ce jour, du fait de la faible capacité de l'EHPAD.

ANNEXE 3 : Les fiches actions

AXE 1 : Parcours et coordination

Fiche Action N°1.1	
Participer à la coopération et la dynamique territoriale autour de la personne âgée en Dordogne	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Participer au développement de la dynamique territoriale et à la promotion des coopérations, plus particulièrement avec le CH de PERIGUEUX et ses partenaires, afin de valoriser les compétences en EHPAD et de mutualiser les expertises, sur le territoire de santé.
Description de l'action	<p>1. Contribuer au partage d'information et de projets relatifs aux EHPAD et à la filière gériatrique, notamment par l'intermédiaire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un projet médical partagé de territoire (PMP du GHT 24) - Une dynamique médico-sociale et sanitaire territoriale impulsée par : <ul style="list-style-type: none"> . les structures : coopération avec le Centre de Ressources EHPAD, la PTA... . les réseaux professionnels : médecins coordonnateurs, IDEC, animateurs.. <p>2. Participer au développement d'activités de territoire novatrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation Dépistage des fragilités sur le territoire DORDOGNE en lien avec des partenaires acteurs du parcours de la personne âgée, pour les aidants des résidents. - Consultations odontologiques, en partenariat avec le cabinet dentaire de l'EHPAD Beaufort Magne du CHP. - Etre promoteur dans le cadre de la dynamique sport-santé (travail en concertation ergothérapeutes/animateurs/éducateurs sportifs : ateliers PERICHUTE, gymnastique douce...). <p>3. Participer aux appels à Projets concernant les thématiques relatives aux personnes âgées et porteuses d'innovation sur le territoire de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - AAP IDE de nuit - AAP télémédecine ...
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de Ressources EHPAD : instances et coordinatrice ▪ Groupe de travail de la filière gériatrique du PMP du GHT 24
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps de médecin coordonnateur, du cadre supérieur et de l'IDEC pour la participation aux réunions.
Calendrier prévisionnel	2019 - 2024
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Participation au comité de pilotage (direction) et au comité territorial (médecin coordonnateur/cadre) du centre ressources EHPAD</p> <p>Convention de partenariat avec le CHP pour les consultations d'odontologie</p> <p>Sélection pour les appels à projets</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Consultation dépistage des fragilités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations réalisées - Analyses de fragilités repérées

	<p>Consultations dentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre de consultations réalisées (initiales et de suivi) - nombre de réponses aux appels à projets - taux d'acceptation des projets déposés
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<p>Travail à mener en concertation avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les instances de l'établissement, • Les instances du GHT24, • Les orientations du Groupe de travail de la filière gériatrique du PMP du GHT 24

AXE 1 : Parcours et coordination

Fiche Action N°1.2 Participer à la mise en œuvre d'un parcours coordonné de la personne âgée sur le territoire du Grand Périgueux	
<i>Référent (personne ou institution) : Dr GLORIAN-ALIX</i>	
Constat du diagnostic	Le parcours de la personne âgée est à ce jour défini au sein de l'institution, au travers du projet médical. Il convient cependant de travailler avec les acteurs institutionnels pour permettre aux résidents de bénéficier de l'ensemble des structures et services offerts dans le cadre de la filière gériatrique.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Participer à la mise en œuvre d'un parcours coordonné de la personne âgée sur le territoire du Grand Périgueux
Description de l'action	Participer aux travaux de la filière gériatrique du PMP avec les EHPAD du territoire, afin de déterminer le parcours de la personne âgée (Urgences / MCO / SSR / EHPAD), en lien avec les structures support (EMOG / HAD / Soins palliatifs...) Coopérer avec la Plateforme territoriale d'Appui (PTA) S'associer aux réflexions et actions de santé publique menées dans le cadre du Contrat Local de Santé Renforcer la coopération avec les CH / EHPAD, notamment par les admissions directes et le biais de la formalisation de procédures et d'échanges
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordonnateur et Equipe EHPAD - Coordonnateur PTA - Animateur en santé publique
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de Directeur, médecin coordonnateur, cadres supérieur de santé et IDEC pour participer aux réunions.
Calendrier prévisionnel	2019 - 2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Validation du PMP (filiale gériatrique) - participation aux instances / réunion PTA - participation au Contrat local de santé - Conventions signées - Formalisation de procédures <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de cas traités PTA / EHPAD - Nombre d'actions de santé publique retenues, en lien avec la personne âgée - nombre de procédures formalisées
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2.1	
Rénovation de l'EHPAD : mise en œuvre du P.P.I.	
Réfèrent (personne ou institution) : Directeur du centre hospitalier, Directeur des Travaux et du Patrimoine et Directeur des Affaires Financières.	
Constat du diagnostic	L'EHPAD du centre hospitalier de LANMARY a été restructuré en 2000, et il convient de procéder à une réfection de l'ensemble des chambres, sans pour autant procéder à modifications structurelles, chaque chambre étant individuelle et aux normes en vigueur.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Rénover l'EHPAD : mise en œuvre du P.P.I., qui sera déposé par voie d'avenant au CPOM
Description de l'action	Le centre hospitalier de LANMARY souhaite mettre en œuvre un plan de rénovation de l'EHPAD : peinture extérieure, et de l'ensemble des chambres de l'EHPAD (peintures, salles de bains) afin d'améliorer l'offre. La réfection est envisagée sur deux ans, sans réduction capacitaire. Les mobiliers vétustes seront renouvelés.
Identification des acteurs à mobiliser	- Direction des Travaux et du Patrimoine (Direction commune) - ARS - Conseil Départemental
Moyens nécessaires	40 000.00 € de peintures extérieures et réfection intérieure 40 000.00 € de mobilier (lits à hauteur variable) 20 000.00 € plan Ad 'AP (mise aux normes des places de parking
Calendrier prévisionnel	- 2019 : élaboration du schéma de travaux - 2020 – 2021 : réalisation des travaux
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Indicateurs de mise en œuvre Constitution d'un comité de pilotage Maîtrise d'œuvre / Direction des travaux et du patrimoine / direction du CH de LANMARY / Médecin Coordonnateur / Cadre supérieur de santé / IDEC Indicateurs de résultat (impact) Nombre de chambres refaites annuellement
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Financement : impact sur le prix de journée hébergement

AXE 2 : repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2.2 Développer les innovations technologiques	
<i>Référent (personne ou institution) :</i> Directeur délégué du centre hospitalier, Directeur du Système d'information du centre hospitalier de Périgueux (Direction commune)	
Constat du diagnostic	L'EHPAD du centre hospitalier de LANMARY est de capacité faible. Il convient de développer les innovations technologiques afin de permettre aux résidents de bénéficier de prestations améliorant leur prise en charge, et aux professionnels d'avoir les réponses adaptées.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Intégrer des innovations et/ou services innovants
Description de l'action	Accéder à la télémédecine à 2 niveaux : les téléconsultations, et la télé-expertise - Les téléconsultations au bénéfice du résident - La télé-expertise entre professionnels (ex. : HAD - EHPAD...)
Identification des acteurs à mobiliser	Directeur du système d'information du GHT 24 Directeur du système d'information (direction commune)
Moyens nécessaires	- Equipement de télémédecine - Formation des professionnels à son utilisation
Calendrier prévisionnel	- Télémédecine : 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> - Acquisition d'un équipement de télémédecine <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> - Nombre de résidents bénéficiant de consultations de télémédecine - Disciplines médicales concernées par la télémédecine - Nombre de sessions de télé expertise
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3.1	
Développer une politique de prévention et de repérage des fragilités (résidents et aidants)	
<i>Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur, Cadre supérieur de santé I.D.E.C.</i>	
Constat du diagnostic	A ce jour, l'EHPAD de LANMARY assure des actions de prévention pour les résidents, et travaille au repérage des fragilités, mais il convient de définir un plan d'actions évalué annuellement.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Offrir aux résidents de l'EHPAD du CH de LANMARY l'accès aux actions innovantes du territoire en matière de prévention
Description de l'action	<p>Soutenir le repérage des fragilités via des partenariats, notamment avec le Centre de ressources du centre hospitalier de PERIGUEUX</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultations I.D.E. de repérage des fragilités des aidants des résidents EHPAD - Consultations de dépistages buccodentaires. <p>Assurer des actions de prévention autour des risques spécifiques (chutes - douleur - escarres - dénutrition – iatrogénie - vaccination...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le travail en collaboration avec les comités et/ou les équipes dédiées de l'établissement support (EMOG, EMASP, INTERCLUD, INTERCLAN...), par des rencontres régulières et la formalisation de procédures. - Mettre en œuvre des évaluations régulières par un IDE formé à la gestion des risques et à l'évaluation des fragilités. - Inclure des formations aux professionnels des EHPAD sur la prévention des risques spécifiques.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - IDE Gestion des risques et évaluation, des fragilités, à nommer (0,1 ETP) - Médecins traitants - Psychologue - Ergothérapeute - Aides-soignants et ASG
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - I.D.E. formé à la gestion des risques et à l'évaluation des fragilités - Formation en prévention et hygiène bucco-dentaire pour les personnes âgées (Les formations de l'UFSBD en EHPAD, éventuellement conjointe avec la filière gériatrique du CH ou autres EHPAD de la direction commune ou dans le cadre de la coopération) - Formations institutionnelles (chutes - douleur - escarres - dénutrition – iatrogénie – vaccinations, ...) - Plan de Formations Spécifiques EHPAD
Calendrier prévisionnel	2019 à 2024
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Décision de nomination d'un IDE gestion des risques et prévention des fragilités - Nombre de campagnes de prévention par type - Nombre de réunions collectives professionnelles de prévention - Nombre de professionnels formés par an / Plan pluriannuel de formations (Formations récurrentes et actualisation des compétences) <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations réalisées par les équipes dédiées - Nombre de déclarations de chutes - Analyse de fragilités repérées - Nombre de bilans bucco dentaires personnalisés - Nombre de « cafés rencontre » réalisés - Nombre de résidents suivis par un psychologue EHPAD - Nombre de résidents suivis par un ergothérapeute
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3.2 Qualité des soins	
Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur, Cadre supérieur de santé, IDEC.	
Constat du diagnostic	L'EHPAD du centre hospitalier de LANMARY accompagne les résidents tout au long de leur parcours en EHPAD. Cependant, il convient de développer des approches permettant la diversification des pratiques soignantes, notamment le développement de thérapies non médicamenteuses, et le soutien aux résidents, dans le cadre de l'accompagnement en fin de vie.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Maintenir la qualité des soins dispensés, en proposant une prise en charge médico-soignante adaptée au grand âge, à chaque étape de la vie du résident.
Description de l'action	<p>Poursuivre et renforcer les thérapies non médicamenteuses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le toucher relationnel et réflexologie - Mettre en place l'aromathérapie - Déployer /étendre les séances de Cuisine thérapeutique à l'ensemble des résidents - Développer les axes relatifs au jardin, en lien avec le Pollinarium Sentinelle - Développer l'arthérapie, musicothérapie - Démarrer l'hypnose <p>Conventionner avec un établissement/prestataire afin d'offrir aux résidents l'accès à des bilans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dentaires - d'orthoptie / ophtalmologie - auditifs. <p>Adapter l'accompagnement en soins des résidents, en tenant compte du milieu de vie, par le renforcement des liens permettant des prises en charge spécialisées de répit/alternatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'E.M.S.P. du centre hospitalier de PERIGUEUX - l'E.M.O.G. du centre hospitalier de PERIGUEUX - l'H.A.D. du centre hospitalier de PERIGUEUX - L'équipe de liaison de psychiatrie
Identification des acteurs à mobiliser	Ensemble des personnels de l'EHPAD Coordonnateur et cadre responsable de l'HAD, de l'EMOG, de l'EMASP, l'équipe de liaison en psychiatrie.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Formations Spécifiques EHPAD
Calendrier prévisionnel	2019 - 2024
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Conventions entre le centre hospitalier de LANMARY et le centre hospitalier de PERIGUEUX, au titre des équipes mobiles (EMASP, EMOG, HAD, l'équipe de liaison de psychiatrie...)</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de soignants formés aux thérapies non médicamenteuses - Nombre de séances dispensées d'ateliers thérapeutiques

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents participants aux différents ateliers thérapeutiques - Nombre d'interventions collectives en régulation - Nombre de résidents bénéficiaires des interventions de l'EMASP, de l'EMOG, de l'HAD, de l'équipe de liaison de psychiatrie - Nombre de résidents bénéficiant de séjours de répit/alternatifs - Nombre de résidents décédés à l'hôpital
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3.3 Sécurité des soins et gestion des risques	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur – Médecin coordonnateur – Cadre supérieur de santé</i>	
Constat du diagnostic	Le centre hospitalier de LANMARY dispose d'une organisation permettant la sécurité de la prescription médicamenteuse, du fait de l'informatisation et de la préparation des piluliers par les préparateurs en pharmacie (phase expérimentale débutée mi-2017) suite à préconisation lors de l'évaluation externe.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Renforcer la politique d'amélioration continue de la qualité des soins en EHPAD
Description de l'action	<p>Optimiser la prescription médicamenteuse du résident</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conforter la sécurisation du circuit du médicament <ul style="list-style-type: none"> o Permettre la préparation des piluliers en EHPAD, conformément aux préconisations de l'évaluation externe, suite aux résultats positifs du test mis en place en 2017. - Conciliation médicamenteuse <ul style="list-style-type: none"> o Veille iatrogénique <p>Mettre en place la fonction IDE « GESTION DES RISQUES ET PREVENTION DES FRAGILITES ».</p> <p>L'EHPAD souhaite mettre en place cette fonction, à compter de 2019, en formant un I.D.E.</p> <p>Poursuivre le dispositif de recueil des événements indésirables</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Ensemble des professionnels médicaux et non médicaux du CHP et des services support (PUI, direction du système d'information...) intervenant auprès des résidents de l'EHPAD</p> <p>Ensemble des intervenants libéraux intervenant auprès du résident : médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes...</p> <p>Usagers et aidants, dans le cadre de la prévention contre la iatrogénie médicamenteuse.</p>
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un temps dédié d'IDE GDR - Plan de formations sur le risque iatrogénique chez le sujet âgé (OMEDIT) - Plan d'équipement à court terme - Schéma directeur / PPI aménager à inscrire dans un programme de moyen/long terme
Calendrier prévisionnel	2019 et suivantes
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en routine de la préparation des piluliers (fin de l'expérimentation) <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de projets thérapeutiques dans le cadre de la conciliation médicamenteuse - Mise en place d'un temps dédié d'IDE GDR

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'événements Indésirables enregistrés liés au circuit du médicament - Nombre de réunions de la Commission de coordination gériatrique
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Temps de pharmacien pour la conciliation médicamenteuse

AXE 4 : Personnaliser l'accompagnement

Fiche Action N°4.1	
Développer la vie sociale et la citoyenneté	
Réfèrent (personne ou institution) : animateur	
Constat du diagnostic	<p>Les résidents de l'EHPAD de LANMARY bénéficient régulièrement d'activités, tant à l'EHPAD qu'en lien avec les patients du SSR.</p> <p>Il convient de poursuivre, développer et pérenniser cette démarche visant à développer la vie sociale et garantir le maintien de la citoyenneté.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Permettre aux résidents, par une politique active, de participer à toutes actions relatives à la promotion de la vie sociale, à l'ouverture sur la cité.
Description de l'action	<p>Favoriser la mobilité des résidents : développer une politique permettant le déplacement des résidents, tant en interne qu'en externe (minibus adapté, convention sur le transport à la demande vers le centre-ville).</p> <p>Permettre l'accès à des médias complémentaires aux médias existants (abonnements aux journaux et au bulletin municipal) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite et développement du journal interne de l'EHPAD « à l'ombre du cèdre » ; création d'un WEB TV. - Optimiser l'utilisation de l'espace multimédia résident/famille, en mettant à disposition un PC portable pour les résidents immobilisés en chambre. <p>Développer l'accès à la culture et le maintien de la citoyenneté en EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des outils du centre de ressources EHPAD - Participation des résidents aux projets « Culture et Santé » du centre hospitalier de LANMARY <p>S'ouvrir sur la cité en formalisant les liens conventionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le lien intergénérationnel en organisant des manifestations avec l'école primaire d'ANTONNE et TRIGONANT, la M.F.R... - Ouverture sur le quartier avec la participation aux actions communales et départementales (accueil des nouveaux arrivants, repas des aînés, Arbre de Noël des aînés...). - Participation au Conseil de la Vie Sociale Départemental - Venue d'un vendeur ambulant une fois par semaine
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, I.D.E. - Animateur - Membres du CVS (résidents et familles) - Bénévoles intervenant.
Moyens nécessaires	Achat d'un PC portable ou tablette pour accessibilité dans les chambres des résidents
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Validation du projet d'animation de l'EHPAD</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de sorties collectives de résidents - Nombre de sorties individuelles de résidents - Nombre de commissions et nombre de réunions annuelles autour des thèmes précités - Nombre de résidents participant au moins à une activité par semaine

	- Nombre de manifestations organisées en lien avec l'ouverture sur la cité
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

AXE 4 : Personnaliser l'accompagnement

Fiche Action N°4.2 Accompagner l'aidant	
<i>Référent (personne ou institution) :</i>	
Constat du diagnostic	L'aide aux aidants devenant partie prenante de la prise en charge en EHPAD, ce champ est à investiguer, avec l'appui du C.V.S. et des partenaires.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Les aidants en EHPAD nécessitent un accompagnement spécifique qu'il convient de développer et de pérenniser
Description de l'action	<p>Elaboration d'un livret d'accueil des aidants, contenant l'ensemble des structures et informations (cf. élaboration en cours par le Centre Ressources EHPAD)</p> <p>Aménagement de temps dédiés à l'échange autour de thématiques ciblées : systématisation à prévoir des « cafés rencontres » trimestriels.</p> <p>Amélioration de la prise en compte de l'aidant : accès à des prestations de repas et de lit accompagnant, espace multimédia résident/famille (fixe et mobile), permettant, notamment sur l'accompagnement de son parent en fin de vie, de bénéficier d'un soutien.</p> <p>Favoriser le lien familial et social au moyen des nouvelles technologies (voir fiche 4.1 / WEB TV, espace multimédias)</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordonnateur, CSS, IDEC, psychologue - Membres élus du C.V.S. - Plateforme Territoriale d'Appui - Centre Ressources EHPAD
Moyens nécessaires	<p>Temps d'animation de réunion des cafés rencontres : médecin coordonnateur, CSS, IDEC, psychologue.</p> <p>Temps de rencontre avec les aidants : médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, I.D.E. coordonnatrice, psychologue.</p>
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Livret d'accueil des aidants <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'aidants bénéficiaires - Nombre de réunions d'échanges - Nombre d'aidants bénéficiant de repas accompagnant, de lit accompagnant.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Réseau téléphonique / informatique.

AXE 5 : Performance et management de la qualité

Fiche Action N°5.1	
Développer une culture d'appartenance et identifier une gouvernance médico-sociale spécifique	
<i>Référent (personne ou institution) :</i>	
Constat du diagnostic	L'EHPAD du centre hospitalier de LANMARY est bien identifié au sein de la structure et par des partenaires du bassin de vie. Il convient de développer, en interne, une culture d'appartenance et de prise en charge propre au médico-social.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	L'EHPAD entend consolider une culture d'appartenance médico-sociale dans le cadre du management de l'EHPAD.
Description de l'action	<p>Acquérir et s'approprier des outils et méthodes de pilotage propres au médico-social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informatisation et gestion documentaire interne partagée (via le logiciel de gestion documentaire interne) - suivi des indicateurs ANAP <p>Développer la culture médico-sociale du management de la Qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins(PAQSS) : maintenir une dynamique soutenue et partagée par tous les acteurs de EHPAD, de la politique qualité, et porter les recommandations HAS / ANESM à la connaissance de tous. - Bientraitance : poursuivre et renforcer la dynamique institutionnelle de cette politique de bientraitance au niveau médico-social en structurant une instance propre à l'EHPAD, avec le concours des référents existants <p>Mettre en œuvre un système structuré d'évaluation de la satisfaction résidents/famille/aidants.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mettre en œuvre le recueil d'un questionnaire de satisfaction : un groupe de travail issu de l'évaluation interne a élaboré un recueil de questionnaires de satisfaction sur l'ensemble des thématiques relatifs à leur vie au sein de nos établissements et pour lesquels la périodicité diffère. o Systématiser des enquêtes thématiques de satisfaction « au fil de l'eau ». <p>Poursuivre la formalisation et l'harmonisation des procédures et protocoles (en interne avec l'EHPAD Ressources au niveau GHT.</p> <p>Adapter la communication à nos publics</p> <ul style="list-style-type: none"> . Communication interne - Existence de supports repérés . Communication externe - Visite virtuelle WEB avec réalisation de vidéos et mise en partage
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Binôme Référents « de la personne âgée » (accueil, vie en EHPAD)</p> <p>Conseil de la Vie Sociale</p> <p>Accompagnement actif de la Direction de la communication du Centre Hospitalier de Périgueux</p> <p>Accompagnement actif de la Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité du Centre Hospitalier de Périgueux</p>
Moyens nécessaires	Temps de qualicien

	Temps dédié à l'adaptation des moyens de communication et à la veille réglementaire
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Existence dans la GED institutionnelle d'un volet EHPAD régulièrement actualisé</p> <p>Existence d'un PAQSS « actif »</p> <p>Existence d'une charte bientraitance</p> <p>Dispositif opérant de recueil des Evénements Indésirables résidents/ familles</p> <p>Présence des RBPP dans la GED</p> <p>Documents de la loi 2002-2 édités et dont la validité a moins de 2 ans</p> <p>Existence de supports repérés dans le cadre de notre communication en interne et en externe</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Documents actualisés</p> <p>Calendrier de la démarche d'évaluation connue de tous</p> <p>Nombre de réunions tenues, pluri-professionnelles et avec participation des usagers dans le suivi des évaluations qualité</p> <p>Nombre de réunions des groupes pluri-professionnels thématiques EHPAD</p> <p>Nombre de questionnaires de satisfaction (global/thématique(s)).</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

AXE 5 : Performance et management de la qualité

Fiche Action N°5.2	
Gouvernance médico-sociale et Ressources Humaines	
Réfèrent (personne ou institution) : Directeur	
Constat du diagnostic	L'EHPAD bénéficie de la gestion des ressources humaines développée au sein du centre hospitalier de LANMARY. Il convient de conforter cette gestion, permettant l'apport de pratiques innovantes, tout en mettant en exergue une approche permettant de conforter la prise en charge spécifique à la personne âgée.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Poursuivre une politique d'adaptation des ressources humaines aux spécificités de la prise en charge de la personne âgée en EHPAD.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer le temps d'encadrement : à ce jour, l'IDEC exerce à 0,30 ETP, et il convient de renforcer ce temps, à minima à 0,50 ETP, afin de garantir une présence et une gestion permettant le lien avec la direction, le médecin coordonnateur, les soignants, les résidents et familles. 2. Conforter la sécurité des prises en charge par une continuité de présence. Aide-soignant : <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place un aide-soignant de nuit 7 jours sur 7. - Participer aux A.A.P. « IDE de nuit en EHPAD » 3. Poursuivre la qualification des agents : <ul style="list-style-type: none"> - Permettre la qualification des A.S.H. en A.S. - Former des ASG 4. Poursuivre la mise en place du plan de formation adapté au milieu médico-social tout en conservant les avantages du plan de formation institutionnel <ul style="list-style-type: none"> - Politique de formation de l'EHPAD : accueil de la personne psychiatrique vieillissante, formation au handicap, fin de vie en EHPAD 5. Mieux qualifier et valoriser les métiers EHPAD en concluant des partenariats avec les centres de formation : <ul style="list-style-type: none"> - Qualification et valorisation des métiers - IFSI IFAS - Partenariat MFR... 6. Mettre en œuvre une politique de Qualité de Vie au Travail (QVT) <ul style="list-style-type: none"> - Lancer une campagne d'analyse ergonomique des postes de travail - Structurer le parcours du nouvel arrivant <ul style="list-style-type: none"> o Tutorat o Temps spécifique d'accueil o Livret d'accueil du nouvel arrivant EHPAD
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Accompagnement actif de la Direction des Ressources Humaines et de la Direction des Soins Infirmiers du Centre Hospitalier de Périgueux</p> <p>Partenariats IFSI - IFAS</p> <p>Collaboration étroite avec les partenaires du CPOM</p>

Moyens nécessaires	<p>Augmentation de 0,2 ETP du temps d'IDEC</p> <p>Développement de formations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requalification d'une ASH en AS : 1 durant durée CPOM - Formation d'ASG : 2 formations - Mise en place d'une AS de nuit 7 jours sur 7
Calendrier prévisionnel	<p>Durée du CPOM</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau prévisionnel des emplois rémunérés - Bilan social - Plan de formation <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre de professionnels EHPAD ayant bénéficié d'un temps spécifique d'accueil</p> <p>Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation</p> <p>Nombre et type de recrutements spécifiques</p> <p>Nombre d'ASH requalifiés en AS</p> <p>Nombre d'AS formés en ASG</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

ANNEXE 4 : Le 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	
<p><u>Fiche action n° 1.1 :</u> Participer à la coopération et la dynamique territoriale autour de la personne âgée en Dordogne</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Participation au comité de pilotage (direction) et au comité territorial (médecin coordonnateur/cadre) du centre ressources EHPAD Convention de partenariat avec le CHP pour les consultations d'odontologie Sélection pour les appels à projets</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> <u>Consultation dépistage des fragilités :</u> - Nombre de consultations réalisées - Analyses de fragilités repérées <u>Consultations dentaires :</u> - nombre de consultations réalisées (initiales et de suivi) - nombre de réponses aux appels à projets - taux d'acceptation des projets déposés</p>							
<p><u>Fiche action n° 1.2 :</u> Participer à la mise en œuvre d'un parcours coordonné de la personne âgée sur le territoire du Grand Périgueux</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> - Validation du PMP (filrière gériatrique) - participation aux instances / réunion PTA - participation au Contrat local de santé - Conventions signées - Formalisation de procédures</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> - Nombre de cas traités PTA / EHPAD - Nombre d'actions de santé publique retenues, en lien avec la personne âgée - Nombre de procédures formalisées</p>							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<p><u>Fiche action n° 2.1 :</u> Rénovation de l'EHPAD : mise en œuvre du P.P.I.</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Constitution d'un comité de pilotage Maîtrise d'œuvre / Direction des travaux et du patrimoine / direction du CH de LANMARY / Médecin Coordonnateur / Cadre supérieur de santé / IDEC</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de chambres refaites annuellement</p>							
<p><u>Fiche action n° 2.2 :</u> Développer les innovations technologiques</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> - Acquisition d'un équipement de télémédecine</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> - Nombre de résidents bénéficiant de consultations de télémédecine - Disciplines médicales concernées par la télémédecine - Nombre de sessions de télé expertise</p>							
<p><u>Fiche action n° 3.1 :</u> Développer une politique de prévention et de repérage des fragilités (résidents et aidants)</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> - Décision de nomination d'un IDE gestion des risques et prévention des fragilités - Nombre de campagnes de prévention par type - Nombre de réunions collectives professionnelles de prévention. - Nombre de professionnels formés par an / Plan pluriannuel de formations (Formations récurrentes et actualisation des compétences)</p>							

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<p>Fiche action n° 3.1 (suite) :</p> <p>Développer une politique de prévention et de repérage des fragilités (résidents et aidants)</p>	<p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations réalisées par les équipes dédiées - Nombre de déclarations de chutes - Analyse de fragilités repérées - Nombre de bilans bucco dentaires personnalisés - Nombre de « cafés rencontre » réalisés - Nombre de résidents suivis par un psychologue EHPAD - Nombre de résidents suivis par un ergothérapeute 							
<p>Fiche action n° 3.2 :</p> <p>Qualité des soins</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Conventions entre le centre hospitalier de LANMAY et le centre hospitalier de PERIGUEUX, au titre des équipes mobiles (EMASP, EMOG, HAD, l'équipe de liaison de psychiatrie...)</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de soignants formés aux thérapies non médicamenteuses - Nombre de séances dispensées d'ateliers thérapeutiques - Nombre de résidents participants aux différents ateliers thérapeutiques - Nombre d'interventions collectives en régulation 							

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents bénéficiaires des interventions de l'EMASP, de l'EMOG, de l'HAD, de l'équipe de liaison de psychiatrie - Nombre de résidents bénéficiant de séjours de répit/alternatifs - Nombre de résidents décédés à l'hôpital 							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

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°3.3 : Sécurité des soins et gestion des risques	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> - Mise en routine de la préparation des piluliers (fin de l'expérimentation) <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> - Nombre de projets thérapeutiques dans le cadre de la conciliation médicamenteuse - Mise en place d'un temps dédié d'IDE GDR - Nombre d'événements Indésirables enregistrés liés au circuit du médicament - Nombre de réunions de la Commission de coordination gériatrique							
Fiche action n° 4.1 : Développer la vie sociale et la citoyenneté	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Validation du projet d'animation de l'EHPAD <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de sorties collectives de résidents							

	<p>Nombre de sorties individuelles de résidents</p> <p>Nombre de commissions et nombre de réunions annuelles autour des thèmes précités</p> <p>Nombre de résidents participant au moins à une activité par semaine</p> <p>Nombre de manifestations organisées en lien avec l'ouverture sur la cité</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<p><u>Fiche Action N°4.2 :</u> Accompagner l'aidant</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Livret d'accueil des aidants</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'aidants bénéficiaires Nombre de réunions d'échanges Nombre d'aidants bénéficiant de repas accompagnant, de lit accompagnant.</p>							
<p><u>Fiche Action N°5.1 :</u> Développer une culture d'appartenance et identifier une gouvernance médico-sociale spécifique</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Existence dans la GED institutionnelle d'un volet EHPAD régulièrement actualisé Existence d'un PAQSS « actif » Existence d'une charte bientraitance Dispositif opérant de recueil des Evénements Indésirables résidents/familles Présence des RBPP dans la GED Documents de la loi 2002-2 édités et dont la validité a moins de 2 ans Existence de supports repérés dans le cadre de notre communication en interne et en externe</p>							

	<u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Documents actualisés Calendrier de la démarche d'évaluation connue de tous Nombre de réunions tenues, pluri-professionnelles et avec participation des usagers dans le suivi des évaluations qualité Nombre de réunions des groupes pluri-professionnels thématiques EHPAD Nombre de questionnaires de satisfaction (global/thématique(s)).							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

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°5.2 :</u> Gouvernance médico-sociale et Ressources Humaines	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> - Tableau prévisionnel des emplois rémunérés - Bilan social - Plan de formation <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre de professionnels EHPAD ayant bénéficié d'un temps spécifique d'accueil Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation Nombre et type de recrutements spécifiques Nombre d'ASH requalifiés en AS Nombre d'AS formés en ASG							

ANNEXE 5 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

ARRETE du **22 AOUT 2018**
N° SPAE - **18 - 138**

actant le renouvellement d'autorisation de l'EHPAD
du centre hospitalier LANMARY sis à Antonne et
Trigonant et géré par le Centre Hospitalier
LANMARY

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Nouvelle-Aquitaine

Le Président
du Conseil départemental
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° 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° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ;

VU la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

VU l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé (ARS) et les unions régionales de professionnels de santé (URPS) à la nouvelle délimitation des régions ;

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des ARS ;

VU le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les ARS à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des URPS regroupant les infirmiers ;

VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de M. Michel LAFORCADE en qualité de directeur général de l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes ;

VU le décret n° 2016-1267 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Nouvelle-Aquitaine ;

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 de Dordogne – Personnes Agées 2014-2019 ;

VU l'arrêté du 1^{er} mars 2012 modifié de la directrice générale de l'ARS d'Aquitaine, portant adoption du projet régional de santé d'Aquitaine ;

VU le schéma régional d'organisation médico-sociale du projet régional de santé d'Aquitaine ;

VU le règlement départemental d'aide sociale adopté par délibération n° 14-195 du Conseil départemental du 31 janvier 2014 ;

VU la décision du 20 juin 2018 du directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

VU l'arrêté préfectoral n° 03-1557 en date du 23 septembre 2003 autorisant la transformation de la maison de retraite du Centre Hospitalier de LANMARY en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour une capacité totale de 40 lits ;

VU le rapport de l'évaluation externe de l'EHPAD du Centre Hospitalier de LANMARY effectuée les 8 et 9 juillet 2014 et transmis à l'établissement le 12 décembre 2014 ;

VU le courrier conjoint de la Directrice de la Délégation territoriale de l'ARS et du Président du Conseil Départemental de la Dordogne en date du 25 septembre 2015 notifiant leurs observations faisant suite à l'évaluation externe de l'EHPAD du Centre Hospitalier de LANMARY ;

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 ;

SUR proposition conjointe de la directrice de la délégation départementale de Dordogne de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du directeur général des services du Conseil départemental de Dordogne ;

A R R E T E N T

ARTICLE 1^{er} : l'autorisation de l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier de LANMARY et enregistré comme suit au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), est renouvelée tacitement pour une durée de 15 ans à compter de sa date d'échéance, soit à compter du 3 janvier 2017.

Entité juridique :	Centre Hospitalier LANMARY
N° FINESS :	24 000 003 4
N° SIREN :	262 405 921
Code statut juridique :	11 – Etablissement Public Départemental d'Hospitalisation
Adresse :	24420 ANTONNE ET TRIGONANT
Entité établissement :	EHPAD du CH LANMARY
N° FINESS :	24 000 782 3
Code catégorie :	500 – Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
Capacité :	40 places
Adresse :	24420 ANTONNE ET TRIGONANT

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil pour Personnes Agées	11	Hébergement complet	711	Personnes Agées dépendantes	40

Tarification : 40 – ARS / PCD – Tarif global, habilité à l'aide sociale – recours à une PUI

ARTICLE 2 : La présente autorisation vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale sur la totalité des 40 places d'hébergement permanent.

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 aux autorités 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 de l'EHPAD du Centre Hospitalier de LANMARY 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 : Le présent arrêté sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine et au recueil des actes administratifs du département de la Dordogne.

Dans les deux mois de sa notification ou de sa publication, il pourra faire l'objet :

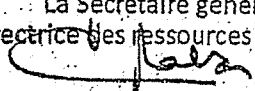
- d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'ARS et du président du conseil départemental de la Dordogne,
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent.

Fait à Bordeaux, le

22 AOÛT 2018

Pour le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine,
par délégation,

La Secrétaire générale,
Directrice des ressources humaines,


Fabienne Rabau

Le Président du Conseil départemental
de la DORDOGNE

Pour le Président et par délégation,
Le Vice-président délégué,


Jeannik NADAL

ANNEXE 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM



ABRAS STRATEGIE

Audit - Conseil - Formation

Abrégé du rapport - Evaluation Externe EHPAD de Lammary, 24420 Lammary, 24420 Antonne

DDSP

19 DEC. 2014

556 PPA 2

Abrégé du rapport
Evaluation externe des activités et de
la qualité des prestations
EHPAD de Lammary
24420 Antonne

EHPAD de Lammary, 24420 Antonne

<http://www.abras-strategie.com/>



SOMMAIRE

Les axes de Travail.....	3
1. La démarche d'évaluation interne.....	3
2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM.....	4
3. Le projet d'établissement et son actualisation.....	4
4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement.....	5
5. La personnalisation de l'accompagnement.....	5
6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers.....	7
7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques.....	8
8. Appréciation globale de l'évaluateur externe.....	10
9. Méthodologie de l'évaluation externe.....	11
10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe.....	12



ABRAS STRATEGIE

Audit - Conseil - Formation

Adresse du Rapport : Evaluation Externe EHPAD de Lammary, Lieu de Lammary, 24420 Ardomme

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
<ul style="list-style-type: none">L'établissement s'est engagé dans une démarche d'évaluation interne sur 6 mois, de juillet 2013 à décembre 2013.	<ul style="list-style-type: none">Existence d'une culture qualitéExistence d'un plan d'actionEvaluation interne participativeSuivi des points d'amélioration et analyse des résultatsEngagement sur les démarches d'améliorationUne analyse de besoins et un accompagnement personnalisé	<ul style="list-style-type: none">RAS	<ul style="list-style-type: none">Poursuivre la communication sur les démarches d'amélioration

EHPAD de Lammary, 24420 Ardomme

<http://www.abras-strategie.com/>



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
Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités	<ul style="list-style-type: none">L'établissement se réfère aisément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM	<ul style="list-style-type: none">Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sont encore mal appréhendées par les équipes.	<ul style="list-style-type: none">Promouvoir davantage la connaissance, le recours et la mise en pratique des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM auprès des agents par la mise en place de formations sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

3. Le projet d'établissement et son actualisation

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
L'établissement dispose d'un projet d'établissement 2010-2014 conformément au Code de la Santé Publique.	<ul style="list-style-type: none">Le projet d'établissement existe. Il se décline en 4 parties : Le projet EHPAD, Le projet médical, Le projet de soins, Le projet management	<ul style="list-style-type: none">RAS	<ul style="list-style-type: none">RAS



ABRAS STRATEGIE

Audit - Conseil - Formation

Avis de rapport Evaluation Interne EHPAD de Lamnany, 1 rue du Lamnany, 24420 Antonne

4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none">L'EHPAD est implanté au sein du Centre Hospitalier de Lamnany, ce qui l'intègre complètement comme un service du CH.	<ul style="list-style-type: none">La disponibilité du dispositifLe cadre exceptionnel d'implantation au cœur de la forêt domaniale d'Antonne	<ul style="list-style-type: none">RAS	<ul style="list-style-type: none">RAS

5. La personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none">L'admission	<ul style="list-style-type: none">L'accueil introduit la notion de réappropriation, de recourage autour du bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none">Le conseillement n'est pas recherché systématiquement auprès du résident concerné	<ul style="list-style-type: none">Rechercher activement le consentement du résident lui-même, avec le concours de la psychologue par exemple, qui pourrait se rendre auprès du résident incapable de se déplacer, afin de s'assurer qu'il a bien compris son entrée en institution.

EHPAD de Lamnany, 24420 Antonne

<http://www.abras-strategie.com/>



<ul style="list-style-type: none">▪ Les projets individualisés▪ Projet de soins et dossier de soins	<ul style="list-style-type: none">▪ Les projets personnalisés s'inscrivent dans un véritable travail et une réflexion pluridisciplinaire▪ Le travail s'inspire des directives de l'ANESM▪ Le résident est impliqué dans son projet	<ul style="list-style-type: none">▪ Le lien n'est pas toujours fait entre le recueil d'information et l'arrivée d'un nouvel élément▪ Lorsque les projets individualisés sont révisés, les référents ne sont pas assez vigilants sur la prise en compte des circonstances▪ Les actions ne sont pas évaluées d'après leurs résultats	<ul style="list-style-type: none">▪ Dans le cadre du recueil d'information, le lien doit être fait dès qu'un nouvel élément survient : chute, aggravation de la dépendance ou événement extérieur, comme la perte d'un frère ou d'une sœur▪ Les référents doivent être vigilants à prendre en compte les circonstances pour réviser les Projets Individualisés.▪ Les actions doivent être évaluées d'après leurs résultats.▪ Les objectifs doivent toujours être posés avec l'accord et la participation du résident ou de sa famille s'il ne peut le faire lui-même.
	<ul style="list-style-type: none">▪ Le projet de soins de l'établissement repose sur le Projet Individualisé dans toutes ses dimensions, y compris médicales.	<ul style="list-style-type: none">▪ Absence de charte de Bienveillance	<ul style="list-style-type: none">▪ Rédiger la rédaction de la Charte Bienveillance



a. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Heims	Forces	Faillesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none">▪ Vie Sociale et Animation	<ul style="list-style-type: none">▪ Les deux animatrices sont un véritable exemple de ce que devrait être l'animation en IHPAD : elles participent au développement de la communication interne, elles cultivent le lien entre les résidents et les familles et participent grandement à faire de l'établissement un véritable lieu de vie	<ul style="list-style-type: none">▪ RAS	<ul style="list-style-type: none">▪ RAS
<ul style="list-style-type: none">▪ Le CVS	<ul style="list-style-type: none">▪ Le CVS est une instance vivante, qui se sent écoutée, entendue; il sert d'organe d'information. Ces réunions sont toujours ciblées autour du résident	<ul style="list-style-type: none">▪ RAS	<ul style="list-style-type: none">▪ RAS
<ul style="list-style-type: none">▪ La Commission des menus	<ul style="list-style-type: none">▪ Les familles et les résidents y sont représentés ainsi que le personnel de l'IHPAD. Elle est	<ul style="list-style-type: none">▪ RAS	<ul style="list-style-type: none">▪ RAS



	<ul style="list-style-type: none">▪ suite d'une réunion de travail post-commission des menus.▪ D'autres réunions permettent de faire participer les familles à la vie de l'établissement: les cafés-rencontres, les spectacles, la remise du journal.▪ Les représentants des familles assistent également au Conseil de surveillance et se sentent bien intégrés.		
--	---	--	--

X7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none">▪ La garantie des droits	<ul style="list-style-type: none">▪ La confidentialité, l'intimité, le respect de la vie privée, la liberté d'expression sont au cœur de l'accompagnement quotidien.▪ Le groupe de travail intimité : la	<ul style="list-style-type: none">▪ Manque de formalisme des protocoles	<ul style="list-style-type: none">▪ Il reste toutefois un travail de base dans la formalisation des protocoles - dans l'écrit en général : ce qui doit être formalisé ou pas, ce qui mérite d'être attaché ou pas.



<ul style="list-style-type: none">La gestion des risques	<ul style="list-style-type: none">mise en avant de cet aspect de la prise en charge du résident avec le respect et l'exigence qu'elle implique est un point fort de cet établissement.La qualité des soins est un axe fort de cet EHPADL'implication, le travail et les différentes interventions de la psychologue	<ul style="list-style-type: none">Pas de procédure de réorientation en cas de refus du résidentPas de temps de rencontre avec tous les intervenants libérauxPas de traçabilité des formations flashsDangerosité de l'utilisation à la fois des lits « Alzheimer » et des barrières pour certains résidents	<ul style="list-style-type: none">Prevoir une procédure de réorientation en cas de non consentement du résident.Un temps de rencontre avec tous les intervenants libéraux, permettra d'assurer la continuité et le lien de confiance nécessaire à tout. Une seule réunion annuelle pourrait faciliter une mutualisation et une meilleure concertation de tous les professionnels.Etablir une traçabilité des formations flashs.Les lits très bas dits « Alzheimer », sont à privilégier en cas de risques de chutes. Les barrières sont plutôt utilisées à la demande des résidents consentants qui souhaitent être sécurisés.L'utilisation des barrières doit être évaluée et réévaluée en
--	---	---	---



				permanence puisqu'elle fait l'objet de prescriptions renouvelées. Le risque de chute existe-t-il de façon systématique chez un patient gériatrique et/ou en fin de vie ?
--	--	--	--	--

8. *Appréciation globale de l'évaluateur externe*

L'EHPAD de Lamnary est une véritable réponse dans l'accueil des anciens d'Antenne et Trigonant. Il jouit d'un cadre particulièrement propice au calme et à la quiétude. Mais cet environnement, somme toute, tout à fait exceptionnel, ne serait rien sans un investissement constant des équipes et des encadrants, tourné vers une dynamique d'amélioration des pratiques.

Aujourd'hui l'EHPAD a développé des habitudes de travail sur lesquelles la Direction peut s'appuyer tout en poursuivant son accompagnement à la coordination et à l'homogénéisation des pratiques professionnelles. L'instauration de différents groupes de travail aux thématiques essentielles : Accueil, Intimité, Bien-être et Projet de Vie Personnalisé, sont autant de vecteurs conduisant le « savoir faire » de l'établissement sur la route du perfectionnement du « prendre soin ».

Le plan de formation, soutenu par de nombreuses formations basées menées en interne, professionnalisent les équipes et les fortifient dans l'accompagnement des personnes âgées. Les agents ont en permanence le souci du bien-être du résident au travers d'une individualisation des prestations quasi constante. La bienveillance est un questionnement de chaque instant, le dynamisme et le « vouloir bien faire », une règle de conduite. La motivation et le professionnalisme des personnels s'inscrivent véritablement dans un incontestable mouvement d'amélioration de la prestation et de la réponse apportée aux attentes du résident.

L'ouverture de l'établissement née sur des échanges de réflexions et de pratiques avec d'autres institutions, ne pourra qu'accroître, développer, rendre visible et lisible un savoir faire exemplaire.



9. Methodologie de l'évaluation externe

Items	
<ul style="list-style-type: none">Etape 1 : Information et CommunicationEtape 2 : Recueil d'informationsEtape 3 : Evaluation sur siteEtape 4 : Restitution	<ul style="list-style-type: none">Présentation de l'Evaluation aux membres du Comité de Pilotage (grilles de travail, contenu, planification).Constitution en collaboration avec la direction de l'établissement du périmètre de l'intervention pour l'EHPAD du Centre Hospitalier de Lannury à Arbonne et Trigonant (Projet d'établissement, protocole d'évaluation interne, organisation, résidents, environnement, etc.), planification et sélection des intervenants.Intervention sur site : Chantal Peyssant Broussard, Coline Zünd et Danièle Delarue. Entretiens sur RDV collectifs ou individuels. L'ensemble des entretiens individuels et/ou collectifs ont été préparés à partir du protocole d'évaluation et joint dans le rapport.Restitution orale et écrite du rapport.



ABRAS STRATEGIE

Audit - Conseil - Formation

Aviset du ingénieur Evaluation Externe EHPAD de Lammary, Lieu du Lammary, 24420 Antonne

10. Commentaires de RESSORS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSNIS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>Le planning de visite initialement proposé a été respecté, les rencontres des différents intervenants se sont déroulées dans une ambiance de confiance.</p> <p>Les synthèses quotidiennes avec les évaluateurs ont permis aux participants d'échanger afin d'expliquer les pratiques, le cas échéant.</p> <p>L'ambiance de travail a été professionnelle et animée d'un état d'esprit positif.</p>	<p>Les conclusions de l'évaluation externe sont conformes à l'évaluation interne et ont pris en compte les organisations mises en place à l'EHPAD de Lammary.</p> <p>Les actions découlant de l'évaluation interne, la prise en charge du bien être des résidents, la motivation et l'implication constantes du personnel ont été perçues et retranscrites par l'équipe d'évaluateurs.</p>

E.H.P.A.D. de Lammary, 24420 Antonne

<http://www.abras-strategie.com/>

12/12



TROISIEME PARTIE

SYNTHESE ET PRECONISATIONS

Introduction

L'établissement constitue un lieu de vie et un lieu de soins qui accueille les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Il bénéficie d'un projet d'établissement 2010/2014.

L'EHPAD de Lanmary ainsi que le Centre Hospitalier sont en direction commune avec l'Hôpital de Périgueux et s'appuient sur une gouvernance structurée : Commission médicale d'Etablissement, Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation Médico-Technique, Directoire et Conseil de Surveillance.

Lanmary offre une capacité de 120 lits de S.S.R; cet établissement dispose d'un EHPAD de 40 lits.

L'établissement est engagé dans une démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe de la qualité des prestations qu'il délivre.

Les professionnels sont associés à l'élaboration des projets collectifs comme ils l'ont été lors de la démarche d'évaluation interne.

Des objectifs opérationnels ont été retenus.

Pour répondre à la qualité de prise en charge optimale des résidents, trois projets ont fait l'objet d'un travail de remise en question des pratiques professionnelles autour : du projet de vie, du projet de soins, du projet qualité.

Le protocole d'évaluation se décline au travers d'une démarche anticipative, d'un référentiel d'évaluation complet dans le périmètre de l'évaluation interne, de moyens alloués et d'un recueil d'informations réalisé par chaque groupe.

La démarche d'évaluation interne s'est déroulée en phases successives.

La procédure s'est déroulée sur 6 mois, de juillet 2013 à décembre 2013.

Il y a eu un suivi au terme des 6 mois écoulés.

Les difficultés rencontrées au cours de l'évaluation interne ont été identifiées.

Mais malgré ces difficultés, l'implication de l'ensemble des professionnels de l'établissement a été très importante.

Il y a un plan d'amélioration formalisé.

Il y a une cellule qualité bien identifiée.

Depuis toujours, les démarches ont été communes entre le SSR et l'EHPAD notamment dans le cadre de la gestion documentaire.

Dans la démarche d'amélioration, un certain nombre de grilles comme Angélique et grille Dordogne ont été utilisées. Le renforcement de la démarche qualité s'est orienté autour d'une formation commune avec les qualitatifs des trois établissements.

Points forts	<ul style="list-style-type: none"> * Existence d'une cellule qualité * Existence d'un plan d'action * Evaluation interne participative
--------------	---



	<ul style="list-style-type: none">• Suivre des parcours d'amélioration• Analyser des remontées• Communiquer avec les démarches d'amélioration• Faire analyser de besoins et de manquements occasionnels à partir par exemple
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">• Poursuivre la communication sur les démarches d'amélioration• Elaborer un questionnaire de satisfaction du personnel

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 des usagers

Le projet d'établissement :

L'établissement dispose d'un projet d'établissement 2010-2014 conformément au Code de la Santé Publique.

Il se décline en 4 parties :

- Le projet EHPAD
- Le projet médical
- Le projet de soins
- Le projet management

❖ **Le projet EHPAD :**

○ **Préambule :**

Contexte général

Organisations du service, de la prise en charge

Conclusions du diagnostic d'établissement

○ **Les valeurs de l'EHPAD :**

Accorder de l'importance à la personne âgée

Respecter l'autre et ses différences

Apporter du dynamisme au sein de la structure

Assurer une prise en charge globale des résidents en s'appuyant sur la richesse d'une équipe pluridisciplinaire

○ **Les axes d'amélioration :**

Le projet de vie : le résident, l'accueil des résidents, l'animation, l'alimentation, l'accompagnement en fin de vie.

Le projet de soins : organisation des soins dans le respect de la charte des droits de la personne âgée dépendante, structure et fonctionnement de l'équipe, les prises en charge spécifiques, sécurité et qualité des soins.

Le projet qualité : évaluation interne et externe, indicateurs de mesure de la qualité perçue, organisation de réunions d'échange avec les familles.



o Le tableau de synthèse :

PSI : plan de soins individualisé

x L'évaluation et la formation du personnel :

Un Plan de formation est élaboré à partir de l'entretien d'évaluation. Il y a une Commission de formations. Il y a une politique des formations diplômantes pour professionnaliser les personnes en EHPAD, un budget congrès / conférence sur des thématiques en privilégiant les binômes, des échanges de pratiques sur plusieurs établissements et une formation action projet personnalisé sur 3 ans au cours duquel 16 soignants ont été formés sur 20 personnes.

Il y a des formations sur plusieurs années pour atteindre un niveau de formation pour l'ensemble des agents avec pour objectif 100 % de réalisation, des formations flash avec le médecin coordonnateur et la psychologue lors de staffs.

L'établissement a mis en œuvre un plan annuel de formation formalisé.

Les évaluations annuelles sont faites sur l'ensemble des agents (public/privé). L'évaluation est faite à chaque renouvellement de contrat pour tous les contrats de plus de 6 mois.

x Les recrutements et les remplacements :

Pour les recrutements : il y a une demande importante avec des Candidatures spontanées.

Lots d'une ouverture de poste, le candidat est reçu en commission d'entretien pour l'EHPAD comme pour les autres services.

Pour tous les nouveaux arrivants il y a : un livret d'accueil nouvel arrivant, un livret d'accueil du personnel, du fait de la taille de l'établissement, il n'y a pas de journées d'intégration.

Il n'y a pas de recours à l'intérim, c'est une politique clairement affichée dans l'établissement. Dans ce cadre, l'établissement a mis en œuvre un groupe de travail pour traiter l'absentéisme avec tous les moyens nécessaires.

x Les modalités d'accompagnement :

L'animation est soutenue par deux animatrices représentant 1 ETP. Les activités sont hebdomadaires, mensuelles, annuelles et ponctuelles.

Des fiches techniques d'animation sont également mises en place, par atelier. Elles retracent le public auquel il s'adresse, la durée, le lieu, le matériel nécessaire et les objectifs.

Les deux animatrices ont en projet de créer un réseau d'animateurs avec une dizaine d'EHPAD (La Ménardie, Ribeirac, Saint Astier, Excideuil...) et ainsi organiser des journées thématiques pour pouvoir échanger des adresses, des intervenants, des idées, du vécu...

Leur projet est également de faire davantage intervenir les soignants dans le cadre des ateliers.

Les animatrices ont mis en place, depuis un an, des fiches de traçabilité qui retracent la participation aux animations.

Des kinésithérapeutes libéraux interviennent dans l'établissement.

La traçabilité de cet atelier est sur OSIRIS.

L'ergothérapeute, l'animatrice et l'atelier « Périchut » : l'atelier se construit autour de 8 résidents environ.

L'objectif n'est pas de réduire les chutes étant donné qu'il n'y a qu'un atelier par semaine, mais de maintenir, d'entretenir l'autonomie.



Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ★ L'établissement dispose d'un projet d'établissement. ★ Par leur investissement personnel et leur compétence professionnelle, les deux établissements ont un véritable exemple de ce que devrait être l'animation en EHPAD. Elles participent au développement de la communauté résidents, elles collaborent le plus avec les résidents et les familles et participent grandement à faire de l'établissement un véritable lieu de vie. ★ L'accueil Périodur
Préconisations	<ul style="list-style-type: none"> ★ Faire un bilan annuel de toutes les formations (intégrer les formations flash).

2. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

L'EHPAD est accessible par la route et entouré de nombreuses places de parking. La signalétique au centre ville, indique Lanmary mais ni le Centre Hospitalier, ni l'EHPAD, indiqués bien plus loin sur la route. Il est accessible aux personnes à mobilité réduite. L'enceinte de l'établissement est ouverte. L'accueil administratif est organisé du lundi au vendredi de 8h à 18h30 et le samedi de 9h à 17h.

En dehors de ces horaires, un membre du personnel se montre disponible pour répondre à la demande. La permanence téléphonique est organisée pour répondre à toute demande 7j/7 et 24H/24.

Les visites sont possibles aux heures qui conviendront le mieux aux résidents sans toutefois occasionner de gêne à l'organisation du service.

L'établissement est bien intégré au cœur de la forêt domaniale d'Antonne. Il s'agit d'un château féodal, renaissance, bien restauré et conservé.

Tous les commerces de bases sont présents et ouverts aux résidents de l'EHPAD.

L'établissement a aujourd'hui une représentation institutionnelle valorisante par rapport à son organisation. Son implantation au sein du Centre Hospitalier de Lanmary l'intègre complètement comme un service du CH.

L'établissement et son terrain sont agréables, par l'architecture même du lieu et par la création et l'entretien d'espaces extérieurs.

Les usagers ont des relations régulières avec les membres de leur famille et des relations valorisantes par la visite régulière de personnes ne vivant pas dans la culture institutionnelle (bénévoles, associations...).

Les familles qui visitent leurs parents peuvent profiter des salons du château pour se réunir dans l'intimité.

Les chambres toute individuelles sont meublées. Elles disposent d'une salle de bain avec lavabo, douche et WC. Elles peuvent être personnalisées dans les limites de leur superficie.

Les chambres sont agréables et bien éclairées, chacune ouvrant sur l'extérieur par une porte fenêtre ou large fenêtre. Le salon ouvert sur les couloirs est central par rapport aux bureaux médicaux et à ceux de l'animation. C'est un lieu convivial.

La possibilité pour la famille des résidents d'utiliser les salons du château pour s'isoler avec son parent est un atout pour le maintien des liens familiaux. Des salons de détente, de télévision sont à disposition.

Sur la CHT et le projet médical au niveau de la filière gériatrique, les trois hôpitaux sont représentés.



Le volet animation tend à se développer et à s'ouvrir sur l'axe des échanges de pratiques entre plusieurs établissements.

En termes de projets, l'idée est d'ouvrir l'établissement, qui est malgré tout très fermé aujourd'hui dans sa culture.

Une mutualisation des pratiques et une ouverture de l'établissement pourraient permettre de favoriser et d'accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie dans leur choix de vie tout en assurant une prestation de qualité.

Le Centre Hospitalier de Lanmary dispose d'un site internet avec un onglet EHPAD exposant le personnel, le projet de vie, les formalités d'admission, les tarifs, la chambre, le linge et effets personnels, les repas, les services.

L'EHPAD emploie des CAE.

L'EHPAD reçoit des stagiaires et des EMT. Ils sont accueillis tout comme un nouveau professionnel, un livret d'accueil leur est remis, ils sont présentés, une visite de la structure est effectuée. Ils sont mis en binôme avec un agent de la profession qui leur correspond. Un bilan est effectué en fin de stage.

Il y a un partenariat renforcé avec l'IFSI et l'IFAS.

Points forts	<ul style="list-style-type: none">• La disponibilité du dispositif• La prise exceptionnelle d'organismes• Les locaux
Préconisations	<ul style="list-style-type: none">• La place accordée à l'équipe d'entretien doit être revue pour une meilleure intégration• Réaliser un questionnaire de satisfaction concernant l'entretien des locaux (privatifs et communs).• Renforcer l'équipe d'entretien des locaux afin d'assurer une prestation de qualité au niveau de l'entretien des chambres des résidents et maintenir un niveau d'hygiène conforme aux attentes.• Se rapprocher et intervenir régulièrement auprès des écoles de formations.

3. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

Le protocole à mettre en place pour les admissions fait l'objet d'une réflexion menée par « le groupe Accueil » composé du médecin coordonnateur, du cadre de santé, de l'infirmière coordinatrice, d'une aide soignante et d'un agent de service.

Le groupe « Accueil » intervient avant l'admission et propose une visite au futur résident et à son entourage. Dans le cas où la famille vient sans le résident elle peut prendre des photos de la chambre si elle le désire, afin de projeter la décoration, l'ajout de petits meubles et en parler avec son parent.

Une check-list des « choses à dire » lors de cette visite de pré-admission est à l'étude dans le groupe.

Par ailleurs les éléments de connaissance de la personne qui va être accueillie sont enregistrés dans le logiciel afin d'être consultés par tous.

La porte de chambre va être identifiée à l'aide du nom de son occupant et d'une photo en lien avec son histoire.



Toutes les informations qui le concernent lui seront communiquées, y compris le travail des groupes autour de l'accueil, du projet individualisé, de la bientraitance, de l'intimité.

L'équipe de soins désire rendre compte de son travail autour de la prise en charge du résident, au résident lui-même, afin de lui témoigner toute la considération dont il fait l'objet.

Points forts	<ul style="list-style-type: none"> * L'accueil introduit la notion de réappropriation, de recadrage autour du bénéficiaire, d'un travail collectif et harmonique qui permet un accueil.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none"> * Rechercher activement le consentement du résident lui-même, avec le concours de la psychologue par exemple, qui pourrait se rendre auprès du résident incapable de se déplacer, afin de s'assurer qu'il a bien compris son entrée en institution.

Les projets personnalisés :

Après un temps d'observation, ASH, IDE, Psychologue, ont travaillé en groupe avec des plans de soins (mis à jour régulièrement). Une formation a été mise en œuvre, 16 personnes sur 20 ont été formées sur le projet de vie avec des pilotes sur lesquels l'ensemble des agents peuvent s'appuyer. Deux groupes, un premier groupe pilote, avec mise en œuvre des bases de travail, puis jusqu'au 3^{ème} groupe, des axes d'amélioration ont permis de prendre en compte les rythmes de vie des résidents.

Un groupe a été constitué fin avril 2013 à l'initiative de la psychologue qui a fait un mémoire de psychogérontologie sur le thème du projet individualisé.

Le groupe s'inspire des directives de l'ANESM.

Une formation interne a été organisée avec l'intervention d'une directrice d'EHPAD pour toute l'équipe de l'établissement « Projet de Vie personnalisé ».

Un protocole est rédigé.

Les nouveaux projets sont réalisés sur un rythme de deux par mois.

Les synthèses déjà éditées mais plus anciennes sont regroupées dans un classeur.

Le Projet Individualisé est bien expliqué aux résidents par le psychologue qui établit un calendrier de ses visites pour construire ce projet avec le résident.

Points forts	<ul style="list-style-type: none"> * Les projets personnalisés s'inscrivent dans un véritable travail et une réflexion pluridisciplinaire * Le travail s'inspire des directives de l'ANESM * Le résident est impliqué dans son projet
Préconisations	<ul style="list-style-type: none"> * Dans le cadre du recueil d'information, le lien doit être fait dès qu'un nouvel élément survient : chute, aggravation de la dépendance ou événement extérieur, comme la perte d'un frère ou d'une sœur. * Les référents doivent être vigilants à prendre en compte les circonstances pour réviser les Projets Individualisés. * Les actions doivent être évaluées d'après leurs résultats. * Les objectifs doivent toujours être posés avec l'accord et la participation du résident ou de sa famille s'il ne peut le faire lui-même.

Projet de soins et dossier de soins :

Le projet de soins de l'établissement repose sur le Projet Individualisé dans toutes ses dimensions, y compris médicales.



Le dossier de soins est informatisé et contient les éléments médicaux et paramédicaux qui concernent le résident. Un plan de soins retrace les actes à réaliser auprès de la personne.

Une formation bientraitance est prévue en octobre prochain avec le GRETA de Dordogne.

Points forts	
Préconisations	<ul style="list-style-type: none"> Entamer la rédaction de la Charte Bienveillance

4. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Le CVS :

Dans le cadre du CVS, l'ordre du jour est établi par l'établissement. Il est envoyé au CVS avant les réunions. La parole y est libre. Le dernier en date du 23 avril 2014, concernait la démarche d'évaluation, le renouvellement de la convention tripartite, les projets individualisés.

Le CVS est une instance vivante, qui se sent écoutée, entendue. Il sert aussi d'organe d'information au travers des questions diverses.

Ces réunions sont toujours ciblées autour du résident.

Le CVS se réunit deux fois par an. Les comptes rendus leur sont envoyés par voie postale.

La Commission des menus :

Elle se réunit deux fois par an. 30 minutes sont consacrées à l'EHPAD.

Les familles et les résidents y sont représentés.

Le personnel de l'EHPAD y est également représenté.

Elle est suivie d'une réunion de travail post commission des menus.

Points forts	<ul style="list-style-type: none"> Quelques réunions permettent de faire participer les familles à la vie de l'établissement : les fêtes-communales, les spectacles, la semaine du journal. Les représentants des familles assistent également au Conseil de surveillance. Ils y ont toute leur place et y sont bien intégrés.
Préconisations	

5. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Les résidents sont accueillis au sein de chambres individuelles équipées d'une salle de bain privative.

Aujourd'hui, les conditions d'accueil et d'hébergement sont tout à fait conformes aux attentes en termes de qualité et de sécurité.

Les objectifs principaux d'accompagnement sont fixés pour les résidents en termes d'hébergement dans des conditions de dignité et de confort conformes aux moyens octroyés, du maintien des acquis, dans les soins d'entretien rendus nécessaires par l'état de dépendance, dans le maintien de la vie sociale, de la liberté d'expression, de croyance et de choix.

Les soins de nursing et/ou d'accompagnement à la toilette se déroulent porte fermée, avec une adaptation constante du soignant par rapport au résident. Les soignants ont une prise en soin adaptée, ce qui ne peut se faire que parce que tous les professionnels ont la connaissance de l'histoire et des habitudes des résidents.

Tous les soins d'hygiène et d'accompagnement sont réalisés avec bienveillance et respect de la personne.

La configuration des locaux favorise le respect de l'intimité.



Les dossiers de soins sont rangés dans un meuble sécurisé dans le bureau infirmier.

La confidentialité des données relatives au résident est garantie dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les soignants ont pensé que le respect de la vie privée devait être au centre de leurs préoccupations et un groupe de travail « intimité » s'est constitué.

La prévention de la maltraitance est abordée ici par la constitution d'un groupe « bientraitance » initié par l'infirmière coordinatrice dès sa nomination à ce poste. Il s'agissait de formaliser par écrit ce qui se faisait mais aussi de réfléchir et de former et de transmettre.

Le cadre supérieur de santé a souhaité commencer ce travail par les relations entre membres de l'équipe soignante avant d'aborder la bientraitance envers les résidents.

Il a été projeté de désigner une Référente Bientraitance d'après des qualités qui ont été identifiées et listées.

Une formation sur la bientraitance aura lieu en octobre avec le GRETA de la Dordogne.

Un projet de rédaction d'une charte, pour laquelle 5 agents ont été formés, sera diffusé à tout l'établissement et expliquée aux résidents.

En cas d'incident : fiche d'événement indésirable collectée par le qualitatifien.

Il y a une réunion de la commission des risques tous les quinze jours pour l'ensemble du Centre Hospitalier avec la Direction, le cadre, le président du CME et le qualitatifien.

Les violences sont tracées par les fiches d'événement indésirable, elles remontent à la direction, sont évaluées et analysées par la Direction, le Qualitatifien et le Cadre Supérieur de Santé. La personne ressource est le Cadre Supérieur de Santé.

L'IDEC et le Cadre Supérieur de Santé en parlent le plus souvent à la psychologue afin qu'elle puisse mettre en place une formation.

Il y a prescription pour toutes formes de contention : barrières, ceinture de maintien, tablette.

L'exposition des usagers aux risques en fonction de leur âge et de leurs capacités n'est pas compromise, ils ne subissent pas de contraintes en matière de sécurité.

La prévention et la gestion des risques liés aux personnes âgées font l'objet de protocoles et de procédures connus mais pas toujours formalisés.

Concernant les chutes, elles sont listées avec une analyse des causes et conséquences, le Qualitatifien réalise une analyse statistique sur Excel. Ce travail fait l'objet d'une réactualisation qui permettra sans doute de mettre en avant une analyse globale des chutes sur l'EHPAD.

Il y a un suivi des déclarations de Chutes en 2013 sur 103 signalements avec une hausse de 8,4 % par rapport à 2012.

Lieux des chutes : en grande majorité dans la chambre et salle de bain individuelle.

Circonstances : lors de déplacements

Position du patient avant sa chute : assis

Pour 57 % des chutes, il n'y a eu aucune conséquence apparente.

La fin de vie est abordée par la psychologue dans son recueil de données pour connaître les souhaits du résident et/ou de sa famille.

Une convention a été signée avec l'équipe de soins palliatifs Pallia 24 et avec Alliance 24. Une formation à l'accompagnement de fin de vie est prévue pour les soignants.

La proximité immédiate du Centre Hospitalier assure une continuité des soins à l'EHPAD.



Les soins s'articulent autour d'une équipe pluridisciplinaire gérée par le médecin coordonnateur, le cadre supérieur de santé, la psychologue. L'infirmière coordinatrice, les infirmiers, les aides soignants, les agents de service hospitalier accompagnent les personnes âgées dans leur quotidien et travaillent dans une démarche d'amélioration continue pour répondre au mieux à leurs besoins. Des kinésithérapeutes, des orthophonistes, dentistes et pédicure interviennent à la demande.

Le livret thérapeutique est issu de la pharmacie avec un travail repris de l'université de Limoges (liste des médicaments inappropriée pour la PA). Ce livret est accessible par informatique.

Une liste des médicaments sera mise en œuvre après validation par la CME, c'est un travail de collaboration avec le médecin gériatre.

Le médecin coordonnateur participe à l'élaboration des PVI. Il assiste aux cafés rencontre.

Le médecin coordonnateur informe les médecins sur les traitements notamment sur les psychotropes. Ils sont invités régulièrement aux projets personnalisés, s'ils ne peuvent se déplacer, les conclusions sont soumises aux médecins. Il y a une trace dans le dossier patient.

La psychologue est présente tant auprès des résidents, que des familles et du personnel. Elle dispense des formations flashs. La psychologue se réfère aisément aux dernières recommandations de l'ANESM.

Une réunion de la commission des risques a lieu tous les quinze jours pour l'ensemble du Centre Hospitalier avec la Direction, le Cadre, le président du CME et le qualificateur.

Le registre de sécurité est disponible est fait état des maintenances, vérifications, entretien et essais nécessaires. Toutes les interventions y sont notées.

En matière d'incendie, la formation du personnel est effective.

Dans le cadre de la prévention et le suivi de la légionnelle, des prélèvements sont réalisés annuellement.

Il y a une sous commission CHSCT sur les accidents du travail, tous les matériels nécessaires pour soulager le travail.

La réunion de la commission de coordination gériatrique est programmée en octobre 2014.

Points forts	<ul style="list-style-type: none"> * Le groupe de travail maintien la prise en compte de son aspect de la prise en charge du résident avec le respect et l'équilibre quelle implication est un point fort de ces établissements. * Le problème difficile de la violence est débattu par l'équipe soignante. * La qualité des soins est un axe fort de cet EHPAD. * L'implication, le travail et les différentes interventions de la psychologue.
Préconisations	<ul style="list-style-type: none"> * Mettre en place une procédure pour identifier le passage de relais, l'intervention du Cadre et/ou de la Direction, le rappel du règlement intérieur, des droits et des obligations et des limites qu'imposent la vie en institution. * Les lits très bas dits « Alzheimer », sont à privilégier en cas de risques de chutes. Les barrières sont plutôt utilisées à la demande des résidents conscients qui souhaitent être sécurisés. * L'utilisation des barrières doit être évaluée et réévaluée en permanence puisqu'elle fait l'objet de prescriptions renouvelées. Le risque de chute existe-t-il de façon systématique chez un patient grabataire et/ou en fin de vie ? * Il reste toutefois un travail de base dans la formalisation des protocoles – dans l'écrit en général : ce qui doit être formalisé ou pas, ce qui mérite d'être affiché ou pas. * Etablir une traçabilité des formations flashs.



- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Prévoir une procédure de réorientation en cas de non consentement du résident.• Travailler sur la recherche du consentement du résident en amont de l'admission, réfléchir à un moyen de le rencontrer chez lui par exemple, dans la mesure du possible.• Un temps de rencontre avec tous les intervenants libéraux, permettrait d'assurer la continuité et le lien de confiance nécessaire à tous. Une seule réunion annuelle pourrait faciliter une mutualisation et une meilleure concertation de tous les professionnels. |
|--|---|



CONCLUSION

L'EHPAD de Lanmary est tout d'abord une source d'emplois sur la commune, avec un retour économique sur l'emploi local. Il est également une véritable réponse dans l'accueil des anciens d'Antonne et Trigonant.

L'établissement jouit d'un cadre particulièrement propice au calme et à la quiétude. Mais cet environnement, somme toute, tout à fait exceptionnel, ne serait rien sans un investissement constant des équipes et des encadrants, tourné vers une dynamique d'amélioration des pratiques.

Aujourd'hui l'EHPAD a développé des habitudes de travail sur lesquelles la Direction peut s'appuyer tout en poursuivant son accompagnement à la coordination et à l'homogénéisation des pratiques professionnelles.

L'instauration de différents groupes de travail aux thématiques essentielles : Accueil, Intimité, Bienveillance et Projet de Vie Personnalisé, sont autant de vecteurs conduisant le « savoir faire » de l'établissement sur la route du perfectionnement du « prendre soin ».

Le plan de formation, soutenu par de nombreuses formations flashs menées en interne, professionnalisent les équipes et les fortifient dans l'accompagnement des personnes âgées.

Les agents ont en permanence le souci du bien être du résident au travers d'une individualisation des prestations quasi constante. La bienveillance est un questionnement de chaque instant, le dynamisme et le « vouloir bien faire », une règle de conduite. La motivation et le professionnalisme des personnels s'inscrivent véritablement dans un incontestable mouvement d'amélioration de la prestation et de la réponse apportée aux attentes du résident.

Le lien avec les familles est vivant et solide. Elles sont intégrées et intéressées à la vie des résidents. Leur participation et leur présence sont recherchées et valorisées.

L'ouverture de l'établissement axée sur des échanges de réflexions et de pratiques avec d'autres institutions, ne pourra qu'accroître, développer, rendre visible et lisible un savoir faire exemplaire.



Reconnue d'utilité publique

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

2019-2023

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

La Fondation Partage et Vie

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.....	6
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	7
4.1.1 Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R. 314-159 du CASF)	7
4.1.2 Une DGC propre aux établissements et services, financée par le Département est composée du forfait global relatif à la dépendance (R. 314-172 du CASF).....	8
4.1.3 Dispositions communes aux financeurs	8
4.2 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM	9
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence	10
4.4 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	11
4.5 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	11
4.6 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
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	13
1) Le suivi et l'évaluation du contrat	13
2) Le traitement des litiges	14
3) La révision du contrat.....	14
4) La révision du terme des conventions tripartites pluriannuelles préexistantes au CPOM.....	15
5) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	15
6) Pénalités financières – FORFAIT SOINS EHPAD	15
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	16

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, 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,

La Fondation Partage et Vie, Fondation d'utilité publique, représentée 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, Claude JEANDEL, membre du Directoire.

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 2018-2028 ;

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 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 3 Septembre 2018 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 la Fondation Partage et Vie 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'Agence Régionale de Santé, le département de la Dordogne et la Fondation Partage et Vie 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 ;
- ❖ 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 : 920028560
- ❖ Statut juridique de l'entité gestionnaire :
 - Fondation Reconnue d'Utilité Publique
- ❖ Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire :

La gouvernance de la Fondation Partage et Vie est composée d'un Directoire et d'un Conseil de surveillance. Le Directoire propose le programme d'action de la Fondation au Conseil de surveillance, qui l'adopte. Le Directoire assure l'administration de la Fondation et met en œuvre la politique générale approuvée par le Conseil de surveillance. Le Conseil de surveillance arrête le programme d'action de la Fondation proposé par le Directoire et surveille la bonne exécution par celui-ci du plan d'actions qui en découle. Le Conseil de surveillance veille à la fidélité à son objet statutaire de l'action de la Fondation.
- ❖ Activités de l'entité juridique gestionnaire :
 - L'accueil et l'hébergement des personnes âgées
 - L'accompagnement des personnes âgées à domicile
 - L'accueil et l'accompagnement des personnes adultes handicapées
 - Les soins de suite et de réadaptation
- ❖ La Résidence La Maison de Gouts percevra la dotation globalisée commune.
- ❖ Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat :
 - Résidence Sainte Marthe – La Tour Blanche (24)
 - Résidence La Maison de Gouts – Gouts Rossignol (24)
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
- ❖ Autorisation d'activité liée au contrat : Hébergement Permanent

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 : **Annexe n°7**

- 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 Sainte Marthe est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil départemental n° SPAE-09-208 en date du 12 novembre 2009 pour 25 lits d'hébergement permanent.

A ce titre, la convention d'aide sociale prévue à l'article L. 313-8-1 (ou L. 342-3-1 selon le cas) du code de l'action sociale et des familles est jointe en Annexe n°5 au présent contrat.

L'EHPAD La Maison de Gouts est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil départemental n°060554 en date du 11 avril 2006 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent.

A ce titre, la convention d'aide sociale prévue à l'article L. 313-8-1 (ou L. 342-3-1 selon le cas) du code de l'action sociale et des familles est jointe en Annexe n°5 au présent contrat.

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

Sans objet.

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

Il est décidé de conserver les CPOM de la Fondation Partage et Vie distincts les uns des autres. 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 à l'autorité de tarification d'avoir une vision globale sur les ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire.

3) 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.

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.

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'Agence Régionale de Santé, déclinée dans le Rapport d'Orientations Budgétaires (ROB) et du périmètre des Dotations Régionales Limitatives (DRL) allouées par le niveau national.

Le financement des établissements de la Fondation Partage et Vie entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le CPOM s'inscrit dans la mise en œuvre de la réforme tarifaire, applicable depuis le 1er janvier 2017 pour les EHPAD et PUV tarifées au GMPS.

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressource par la mise en place de forfaits *sur les soins et la dépendance* en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis. Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires peuvent être mis en place pour financer :

- d'une part, les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés...)
- Accompagner, d'autre part, les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge de 7 ans (2017-2023) durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

Il ne peut être dérogé à ce rythme de convergence dans le cadre du CPOM, sauf en cas de modification de la réglementation.

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

4.1.1 Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R. 314-159 du CASF)

Le forfait global soins des résidences La Maison de Gouts et Sainte Marthe relève du tarif global sans PUI.

Le forfait global relatif aux soins 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.

Il comprend :

- o La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré (GMP) validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente :

	GMP	Date de validation	PMP	Date de validation
Résidence Sainte Marthe	823.90	7/11/2014	260	14/11/2014
Résidence La Maison de Gouts	743	29/11/2016	245	8/02/2017

- o Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global)
- o Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

Dans ce cadre, lors de nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Le montant du forfait global de soins peut être modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon les modalités prévues par l'article R 314-160 du CASF.

Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée. (R314-161 CASF).

La mise en œuvre de ces modalités sera précisée, le cas échéant, dans le Rapport d'Orientation Budgétaire.

La DGC propre aux établissements et services, 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 et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

4.1.2 Une DGC propre aux établissements et services, financée par le Département est composée du forfait global relatif à la dépendance (R. 314-172 du CASF)

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.

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 cas échéant).

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

4.1.3 Dispositions communes aux financeurs

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles.

La Fondation Partage et Vie reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

La Fondation Partage et Vie peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R314-227 et 228 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.

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithmique ou tarif plafond (Art R314-40 CASF).

En conséquence, le montant de la dotation reconductible à prendre en compte, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

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

4.2.. Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

Les dotations globalisées communes des établissements et services financés respectivement par :

- l'Assurance Maladie, d'une part,
- le Département, d'autre part,

Et sont arrêtées respectivement en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

Chaque DGC octroyée à la Fondation Partage et Vie 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 chaque autorité de tarification, la Fondation Partage et Vie transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement.

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.

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

- versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF,
- actualisée dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent contrat.

4.3.. Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

- ❖ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 1/01/2019 se répartit comme suit :
 - La dotation globalisée « de référence » correspond aux moyens reconductibles disponibles l'année de signature du CPOM (avant actualisation, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible <u>dotation soin</u> Au 01/01/2019 (en €)	Dont forfait global de soins HP	Dont financements complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
240005132	Résidence Sainte Marthe	1 377 776,13	1 377 776,13	0
240004184	Résidence La Maison de Gouts	1 734 763,42	1 734 763,42	0
TOTAL GENERAL		3 112 539,55	3 112 539,55	0

- ❖ La DGC des établissements et services financés par le Département se répartit comme suit :

Finess	Etablissements	Base reconductible <u>dotation</u> <u>dépendance au</u> 01/01/2019 (en €)	Dont forfait global dépendance	Dont financements complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
240005132	Résidence Sainte Marthe	501 859,87	501 859,87	0
240004184	Résidence La Maison de Gouts	615 164,33	615 164,33	0

- ❖ Conformément à l'article L. 313-14-2 du CASF, l'ARS et le Conseil départemental pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :
 1. Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
 2. Des recettes non comptabilisées.

Cette récupération viendra en déduction de la tarification de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit.

- ❖ Concernant les affectations de résultats antérieurs au CPOM relevant d'un financement Assurance-Maladie :

Pour les CPOM signés en 2018 : le résultat antérieur N-2 a été arrêté par l'ARS et sera affecté au regard de l'application des articles R 314-51 et R314-104 du CASF [hors ESMS rattachés à un Etablissement de santé public]

S'agissant des CPOM signés à compter de 2019, les autorités de tarification pourront s'opposer à la proposition d'affectation des résultats antérieurs N-1 et N-2 prévue par l'organisme gestionnaire, en application de l'article R314-234 du CASF sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

4.4.. Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit

La caisse pivot est la caisse primaire d'assurance maladie de la Dordogne.

L'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime.

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désigné supra.

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

Le principe retenu est celui d'une affectation des résultats par le gestionnaire conformément :

- aux modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF)
- aux dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

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. Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

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.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD.

Pour les établissements publics, cette dérogation n'est pas nécessaire car il existe déjà un bilan unique au niveau de l'entité juridique.

Une exception aux règles d'affectation des résultats concerne les EHPAD relevant du L 342-1 CASF : les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendances ne peuvent être affectés en réserve d'investissements, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissements (R. 314-234 et R. 314-244 du CASF)

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leurs natures ou leurs importances aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

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 et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

Priorités ARS et Conseil départemental :

Ainsi il est convenu que les résultats excédentaires soient affectés au regard des trois volets suivants mais prioritairement :

- ❖ A la couverture des déficits antérieurs,
- ❖ A la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal :
 - à 10 % de la dotation globalisée commune « soins » reconductible du CPOM,
- ❖ Puis sur les 3 volets suivants (le cas échéant) :
 - ↳ Volet investissement :
 - Affectation à la réserve de compensation des charges d'amortissements
 - Affectation à la réserve d'investissements.
 - ↳ Volet Qualité :
 - Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation -...)
 - ↳ Volet Ressources humaines :
 - Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM, (indemnités de départ à la retraite...)

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

4.6.. 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, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 et gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif (sauf ceux mentionnés au 10° et 16°), lorsque la situation financière fait apparaître :

- un déséquilibre financier significatif et prolongé,
- ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services,

et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services prévues au CASF, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

1) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION 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 comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

- Documents à produire :

Dans le cadre du dialogue de gestion, la personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu aux articles L. 314-7-1 et L. 313-12 pour les établissements relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

- ❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, 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) et au plus tard le 30 juin de l'exercice 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 concernés. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leurs transmissions, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219).

- ❖ La Fondation Partage et Vie dépose au plus tard le 30 avril de chaque année un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF, ainsi que la 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.

- 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.
 - ❖ 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 et/ou l'Agence Régionale de Santé peu(ven)t 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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 suivants signataires :

- ❖ Résidence Sainte Marthe
- ❖ Résidence La Maison de Gouts

5) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2019, pour une durée de 5 ans.

6) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOINS 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

Le Directeur par Intérim
Départementale de la Dordogne
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

Le représentant de la Fondation
Partage et Vie

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

- **ANNEXE 1** : La synthèse du diagnostic partagé et données ANAP.....p.17

Cette annexe explique les modalités de réalisation du diagnostic partagé (documents consultés, participation des personnels...) et ses principaux enseignements. Elle permet d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Elle sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM.

Cette synthèse doit aussi permettre d'apprécier la conformité des établissements et services du CPOM aux normes en vigueur et notamment celles relatives aux établissements recevant du public (type U ou J). Elle s'appuie notamment sur le dernier procès-verbal de la commission de sécurité et d'accessibilité, obligatoirement transmis.

- **ANNEXE 2** : Les fiches actions.....p.18
- **ANNEXE 3** : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale.....p.30

La réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leurs inscriptions dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

- **ANNEXE 4** : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs.....p.31

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).

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

- **ANNEXE 5** : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.....p.34

☞ *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** : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM.....p.35
- **ANNEXE 7** : Fiches FINESS.....p.36

- ANNEXE 1 : Le diagnostic partagé et données ANAP (Cf. Dossier des annexes)

○ **ANNEXE 2 : Fiches actions**

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION

Fiche Action N°1	
Réduire le risque d'hospitalisation	
<i>Référent : IDEC et Médecin Coordonnateur des deux résidences (partie para médicale et médicale)</i>	
<i>Direction (partie administrative)</i>	
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'hospitalisation élevé pour la Résidence La Maison de Gouts - Pas de recours à l'HAD pour le moment à La Tour Blanche
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Réduire le risque d'hospitalisation
Description de l'action	<p>Réduire le risque d'hospitalisation évitable par la mise en œuvre d'interventions visant les causes les plus fréquentes d'hospitalisations non programmées.</p> <p>S'assurer du suivi du calendrier vaccinal (personnel et résidents)</p> <p>Améliorer la gestion des urgences en assurant les formations nécessaires auprès du personnel (AFGSU)</p> <p>La Tour Blanche : Avoir recours à l'équipe mobile HAD et soins palliatifs</p> <p>Gouts Rossignol : Poursuivre la collaboration et étendre à des protocoles anticipés concernant certaines pathologies spécifiques</p>
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur/IDEC/Equipes soignantes et paramédicaux/ Médecins traitants/ Libéraux du secteur/ Consultations avancées
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Convention avec une équipe mobile de soins palliatifs • Convention avec une équipe mobile de géronto psy (CHS) • Convention avec les officines de secteurs • Consultations avancées • Utilisation de la grille CPAM « indication intervention HAD »
Calendrier prévisionnel	<p>Réunion d'information aux équipes en 06/2018. Premiers recours au premier semestre 2019.</p> <p>En continu sur 5 ans. Point d'étape annuel</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie et de soins palliatifs • Nombre de résidents pris en charge par HAD et soins palliatifs <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'hospitalisation sur une période donnée • Nombre de décès au sein de la résidence • Taux de calendrier vaccinal à jour (Grippe) • Taux de personnel formé à l'AFGSU
<p>Bonnes pratiques à promouvoir</p> <p>Points de vigilance</p>	<p>-Respect du choix et des volontés de la personne accueillie</p> <p>-Limites des moyens humains disponibles sur le terrain des différentes équipes mobiles (HAD, soins palliatifs, CHS) ainsi que des médecins traitants et des EHPAD eux-mêmes (pas d'IDE la nuit)</p> <p>-Profils d'entrée en EHPAD qui doivent correspondre aux missions de l'EHPAD</p> <p>-Disponibilité des crédits pour la formation (AFGSU etc.)</p> <p>- Réticence de certains médecins traitants</p>

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION

Fiche Action N°3 L'offre des EHPAD au service des besoins de la population	
Réfèrent: Equipe de Direction	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Inscrire les EHPAD et l'offre de services de la Fondation comme un véritable acteur du parcours de santé aux services des résidents et de leur proche aidant
Description de l'action	<p>Gouts Rossignol et La Tour Blanche : Formaliser des conventions avec l'ensemble des partenaires territoriaux des secteurs sanitaire et médico-sociaux.</p> <p>Gouts Rossignol : Diversifier et renforcer l'offre de services complémentaires des EHPAD.</p> <p>La Tour Blanche : Valoriser les points forts de l'unité protégée notamment son architecture</p>
Identification des acteurs à mobiliser	Equipe de Direction/IDEC/Médecin coordonnateur/Psychologue
Moyens nécessaires	Se Déplacer afin de se faire connaître des autres structures Organiser des rencontres avec les potentiels partenaires afin de faire connaître les 2 structures et leur fonctionnement (Visites sur site)
Calendrier prévisionnel	<p>En continu sur 5 ans. Point d'étape annuel</p> <p>Une convention par an doit être formalisée et signée (Vergers des balans, MAIA etc.)</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de contact pris avec les acteurs locaux du territoire • Liste d'attente • Nombre de déplacements • Nombres de visites extérieures <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de convention signée par rapport aux différents partenariats (Vergers des Balans, MAIA, réseaux gérontologique...) • Evolution du taux d'occupation sur 5 ans
Points de vigilance	Forte concurrence des établissements publics, nombreux en Dordogne et autour des 2 EHPAD.
Bonnes pratiques à promouvoir	Visite de pré-admission et choix de la structure la plus adaptée

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et de l'innovation

Fiche Action N° 9 Professionnaliser l'accueil spécifique	
Réfèrent (personne ou institution) : Equipe de direction	
Constat du diagnostic	<p>33% des résidents déjà accueillis ont un profil handicapé vieillissant (handicap psychique...)</p> <p>L'établissement accueille depuis des années des résidents avec ce type de profil</p> <p>Les établissements spécialisés sont éloignés type de CH de Vauclaire et ne sont pas en capacité de déployer du personnel</p> <p>L'établissement est une filière de Vauclaire depuis des années et le partenariat ne cesse de se développer.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<p>Mise en place d'initiative de spécialisation de l'offre en EHPAD afin de développer des accompagnements professionnalisés pour les personnes handicapées vieillissantes</p> <p>Professionnaliser l'accueil spécifique, améliorer la prise en soins des personnes déjà accueillies.</p> <p>Redonner aux AMP/AES la possibilité de mettre en œuvre leurs savoirs faire.</p>
Description de l'action	Optimiser le fonctionnement actuel en favorisant une prise en soins globale avec l'intégration d'actions menées par un moniteur éducateur/éducateur spécialisé
Identification des acteurs à mobiliser	Ensemble de l'équipe, familles, responsables légaux, médecin traitant
Moyens nécessaires	<p>Projet propre à cette unité</p> <p>Financement d'un éducateur spécialisé et d'un moniteur éducateur, sous réserve de la disponibilité des crédits.</p> <p>Plan de formation</p>
Calendrier prévisionnel	Transmission du projet 1 ^{er} trimestre 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Formations du personnel sur le handicap et les troubles du comportement</p> <p>Liste des partenariats avec les structures du secteur concerné</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Evolution du nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies</p> <p>Taux de personnel formé</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Prise en charge spécifique au handicap psychique

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°2

Prévenir la perte d'autonomie (alimentation, dénutrition)

Référent Gouts : IDEC et Médecin Coordonnateur, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien prestataire restauration

Référent La Tour Blanche : IDEC et Médecin Coordonnateur, psychologue, prestataire restauration

Constat du diagnostic	Augmentation de la dénutrition des résidents au sein des 2 EHPAD
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Prévenir la perte d'autonomie à travers une alimentation personnalisée et la réduction de la dénutrition
Description de l'action	<p>Développer au sein de l'EHPAD une politique de prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie en visant à assurer une alimentation personnalisée et à réduire le risque de dénutrition ainsi que ses conséquences.</p> <p>Elaborer la procédure d'évaluation gériatrique standardisée à l'entrée</p> <p>Utiliser la mallette Mobiquil Nutrition</p> <p>Collaborer à la personnalisation de l'alimentation avec le personnel des cuisines avec l'outil Netsoins</p> <p>Respecter le rythme de prise des repas de chaque résident</p>
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur/IDEC//Equipes soignantes et paramédicaux/ Médecins traitants/Prestataire Restauration/Libéraux du secteur type dentiste
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Production des repas sur place en liaison chaude • Fabrication des compléments nutritionnels oraux (CNO) sur place • Evaluation des risques et des besoins (MNA, EGS...) • Réévaluation des textures et des régimes
Calendrier prévisionnel	En continue sur 5 ans. Point d'étape annuel
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprécier la mise en place du programme GPS avec le prestataire de Restauration en comptabilisant le nombre d'entretien d'accueil du résident • Durée du jeûne nocturne • Temps de repas (1h) • Nombre de CNO/jours • Nombre d'évaluations des régimes et des textures • Pesée systématique à l'entrée et mensuelle • Nombre de bilan buccodentaire • Questionnaire de satisfaction des résidents

	<p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de résident dénutri ou présentant un risque de dénutrition • Nombre de commission de restauration • Taux de satisfaction des résidents en restauration
<p>Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<p>Respect des choix des résidents (changement de menu)</p> <p>Respect des croyances et des habitudes de vie</p>
<p>Points de vigilance</p>	<p>Usagers de plus en plus dépendants dès l'entrée nécessitant une aide totale à la prise des repas et mobilisant les soignants disponibles au détriment de la stimulation et de l'accompagnement des autres</p>

AXE 3 : Prévention, Qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°5	
Sécuriser le circuit du médicament et prévenir la iatrogénie	
<i>Référent (personne ou institution) : IDEC/Médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mise en place d'une politique de bon usage du médicament et de la prévention de la iatrogénie
Description de l'action	Réalisation d'audit interne en lien avec la procédure existante du circuit du médicament Mettre en place une procédure de type RMM et REMED Mettre en place le livret thérapeutique afin de limiter le risque iatrogénique
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin Coordonnateur/IDEC/IDE/AS/Médecins Traitants/Pharmacien
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure de dispensation et de distribution des médicaments • Logiciel de gestion des événements indésirables avec procédure • Convention avec les officines
Calendrier prévisionnel	Audit interne en 2019 puis en continu
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'audit réalisé sur l'année <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'événements indésirables lié au médicament (et plus spécifiquement ceux liés au risque iatrogénique)
Points de vigilance	Pas de commission gériatrique, absence de médecin coordonnateur.
Bonnes pratiques à promouvoir	

AXE 3 : Prévention, Qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°6	
Remobiliser, autonomiser les résidents et prévenir les chutes	
<i>Référent (personne ou institution) : IDEC/Médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Remobilisation et autonomisation des personnes Prévenir risque de chutes Mutualiser les fonctions paramédicales (ergothérapeute et psychomotricienne) entre les établissements
Description de l'action	Analyse étiologique et collective des chutes Rédaction d'une procédure d'analyse des chutes commune aux deux établissements Evaluer le risque de chute à l'entrée
Identification des acteurs à mobiliser	IDEC/Psychomotricienne/AS/AMP/Gouvernante (environnement) : médecin traitant/kinésithérapeute/ergothérapeute/intervenants libéraux
Moyens nécessaires	Recruter un ergothérapeute sur La Tour Blanche Procédure d'analyse des chutes Atelier prévention des chutes pour Gouts, Adaptation des chaussants
Calendrier prévisionnel	En continu sur 5 ans. Point d'étape annuel
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification du risque de chute • Nombre de PM pour des chaussures • Nombre de PEC Kinésithérapeute • Nombre de bilans audio et visuels • Nombre d'évaluations • Nombre de participants aux ateliers prévention des chutes <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'incidence des chutes (nombre de chutes/lit/an) • Taux d'équipements (lunettes, appareils auditifs, chaussures spécifiques etc.)
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Réflexion éthique sur les contentions et la privation de liberté (unité protégée)

AXE 3 : Prévention, Qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°7	
Remobiliser, autonomiser et prévenir les différents troubles	
<i>Référent (personne ou institution) : IDEC /Médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Remobilisation et autonomisation des personnes Remobiliser les fonctions cognitives et prévenir les troubles cognitifs et comportementaux
Description de l'action	Mise en place d'un programme d'activation cérébrale Rédiger le protocole de dépistage des démences Mettre en place un atelier « mémoire » animé par l'équipe paramédicale à Gouts Equiper la salle Snoezelen de LTB et poursuivre la formation du personnel Poursuivre la formation « validation »
Identification des acteurs à mobiliser	Psychomotricienne/Psychologue/Médecin coordonnateur Orthophoniste/médecin traitant
Moyens nécessaires	Augmentation du temps de psychologue Formation au PAC « Eureka » Maintien de l'atelier « remue-méninges » hebdomadaire à LTB Maintien des accompagnements individuels de la psychomotricienne et de l'orthophoniste
Calendrier prévisionnel	En continu sur 5 ans. Point d'étape annuel
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'accompagnements par l'équipe paramédicale • Nombre de séances « Atelier Mémoire » • Nombre de diagnostics de démence • Nombre d'accompagnements en salle Snoezelen <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de NPI (Inventaire NeuroPsychiatrique)
Points de vigilance	Nécessité d'une équipe paramédicale pluridisciplinaire avec des temps d'intervention adaptés aux objectifs précités
Bonnes pratiques à promouvoir	Nécessité de sensibiliser l'ensemble du personnel aux maladies neuro-évolutives afin d'améliorer les observations cliniques et la transmission de ces dernières

AXE 3 : Prévention, Qualité et sécurité des soins

Fiche Action N° 8 Hygiène buccodentaire	
<i>Référent (personne ou institution) : IDEC /Médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mise en place de la prévention et des soins bucco-dentaires
Description de l'action	Evaluation gériatrique, bilan à l'entrée et mise en place d'actions en fonction de la situation Investissement dans du matériel électrique (brosse à dents, jet)
Identification des acteurs à mobiliser	AS/AMP/IDE/médecin coordonnateur/Médecin traitant/dentiste
Moyens nécessaires	Partenariat avec un dentiste qui accepte de se déplacer pour rencontrer les résidents qui ne le peuvent pas. Formation des équipes au dépistage et à l'hygiène buccodentaire chez la PA
Calendrier prévisionnel	En continue sur 5 ans. Point d'étape annuel
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Le nombre de bilans buccodentaires Le nombre de salariés formés au dépistage et à l'hygiène buccodentaire Le nombre de modification des textures suite au bilan buccodentaire</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan buccodentaire à l'admission (EGS) • Taux de résidents ayant un appareil dentaire marqué • Taux de soignants formés
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Analyse des capacités financières des résidents car restant à charge parfois très important y compris pour les transports Sensibilisation quotidienne auprès des équipes soignantes concernant les soins buccodentaire

AXE 3 : Prévention, Qualité et sécurité des soins

Fiche Action N° 10

PAP

Référent (personne ou institution) : Psychologue / Psychomotricien / Ergothérapeute

Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Poursuivre les PAP
Description de l'action	Simplifier la procédure actuelle des PAP car non adaptée à la réalité du terrain
Identification des acteurs à mobiliser	Equipe paramédicale, équipe soignante, équipe hôtelière, résidents, familles et responsables légaux, équipe de Direction
Moyens nécessaires	Planification de temps dédiés à la mise en œuvre effective de la procédure pour chacun des acteurs
Calendrier prévisionnel	En continu sur 5 ans
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de PAP en vigueur - Nombre de suivis de PAP - Nombre de signatures d'avenants au contrat de séjour <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de Projet d'Accompagnement Personnalisé effectif et revu (<i>création entre 3 et 6 mois et actualisation 1 fois par an</i>) - Taux de satisfaction résidents et familles
Bonnes pratiques à promouvoir	Améliorer la personnalisation de l'accompagnement au quotidien
Points de vigilance	Nécessité d'une équipe paramédicale pluridisciplinaire avec des temps d'intervention adaptés aux objectifs précités

AXE 5 : Performances et management de la qualité

Fiche Action N°4	
Développer/diversifier la politique de formation	
<i>Référent (personne ou institution) : Equipe de Direction</i>	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Poursuivre la politique commune de formation actuellement en place entre les deux établissements Optimiser l'offre de formation aux besoins et demandes des salariés
Description de l'action	S'appuyer sur des référentiels de bonnes pratiques, des outils reconnus comme Mobiquial et des méthodes pédagogiques adaptées favorisant la pluri-professionnalité. Adapter l'offre de formation aux spécificités des établissements et à l'évolution des pathologies et de la dépendance
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Responsable de la formation du siège Organismes de formation
Moyens nécessaires	Plan de formation de la Fondation Plan de formation des établissements
Calendrier prévisionnel	En continue sur 5 ans. Point d'étape annuel
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> <ul style="list-style-type: none"> Plan de formation réalisé en lien avec les recommandations de l'ANESM <u>Indicateurs de résultat (impact)</u> <ul style="list-style-type: none"> Taux de personnes formées par thème (Troubles du comportement, agressivité, les bases de la validation, hygiène buccodentaire, personnes handicapées vieillissantes)
Points de vigilance	Turn over des personnels Disponibilité des crédits
Bonnes pratiques à promouvoir	S'appuyer sur les entretiens professionnels et les entretiens annuels afin de répondre au mieux aux souhaits et besoins des salariés

ANNEXE 3 : Rééquilibrage de l'offre médico-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 Résidence Sainte Marthe	82	82	82	84	84	84	84
ESMS Résidence La Maison de Gouts	100	100	100	98	98	98	98
Total	182	182	182	182	182	182	182
Poids des services au regard de l'offre globale							

↳ **Transfert de 2 places d'hébergement permanent de Gouts Rossignol (chambre double) vers La Tour Blanche**

o ANNEXE 4: Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs (cf. tableau infra)

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</u>	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'hospitalisation sur une période donnée Nombre de décès au sein de la Résidence Taux de calendrier vaccinal à jour (Grippe) Taux de personnel formé à l'AFGSU 	<p>< à <u>2%</u></p> <p>> <u>80%</u></p> <p><u>Résidents 100%</u> <u>Personnel 20%</u></p> <p><u>Soignant 40%</u> <u>Non soignant 30%</u></p>	2.20% Gouts et 0.80 % LTB	78%	95% 10%	22% 15%		
<u>Fiche action n° 2</u>	<ul style="list-style-type: none"> Taux de résidents dénutris ou présentant un risque de dénutrition Nombre de commission de restauration Taux de satisfaction des résidents en restauration 	<p>< <u>25%</u></p> <p><u>4 par an</u></p> <p><u>80%</u></p>	33%	2/3	68%			

<p><u>Fiche action n° 3</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Taux de conventions signées par rapport aux différents partenariats Evolution du taux d'occupation sur 5 ans 	<p>100%</p> <p>95% Minimum</p>	<p>95%</p> <p>95% Gouts et 97.5% LTB</p>				
<p><u>Fiche action n° 4</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Taux de personnes formées par thème 	<p>Prévenir et gérer l'agressivité : 25%</p> <p>Hygiène buccodentaire : 75%</p> <p>Les bases de la validation : 45%</p> <p>Vieillessement de la PAH : 20%</p> <p>Troubles du comportement : 20%</p>	<p>14%</p> <p>25%</p> <p>28%</p> <p>12%</p> <p>13%</p>				<p>Ces formations viennent en complément/supplément des formations : bien-être, accompagnement en fin de vie, prise en charge de la maladie d'Alzheimer et de la douleur</p>
<p><u>Fiche action n° 5</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'évènements indésirables liés aux médicaments 	<p>0</p>	<p>8</p>				
<p><u>Fiche action n° 6</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> L'incidence des chutes (nombre de chutes par lit et par an) Taux d'équipements (lunettes, appareils auditifs, chaussures spécifiques etc.) 	<p>< à 3</p> <p>Développer les équipements en fonction des besoins</p>	<p>3.68</p>				<p>Lunettes 37%</p> <p>Appareil auditifs : 2%</p> <p>Appareil dentaire : 24%</p> <p>Chaussures CHUT : 44%</p>
<p><u>Fiche action n° 7</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Taux de NPI (Inventaire NeuroPsychiatrique) 	<p>100% des résidents avec des troubles du comportement</p>	<p>26</p>				

<p><u>Fiche action n° 8</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan buccodentaire à l'admission (EGS) • Taux des résidents ayant un appareil dentaire marqué • Taux de soignant formé 	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>Hygiène buccodentaire : 75%</p>	<p>0%</p> <p>10%</p> <p>25%</p>				<p>Bilan buccodentaire réalisé par un dentiste et/ou par un professionnel formé en interne</p>
<p><u>Fiche action n° 9</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution du nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies • Taux de personnel formé 	<p>42%</p> <p>Troubles du comportement 20%</p> <p>Vieillessements de la PAH 20%</p>	<p>33%</p> <p>13%</p> <p>12%</p>				
<p><u>Fiche action n° 10</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de Projet d'Accompagnement Personnalisé effectif et revu (création entre 3 et 6 mois et actualisation 1 fois par an) • Taux de satisfaction résidents et familles 	<p>100%</p> <p>80%</p>	<p>40%</p>				<p>Item à insérer dans les futurs questionnaires</p>

- **ANNEXE 5** : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (Cf. Dossier des annexes)

- ANNEXE 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM (Cf. Dossier des annexes)

- ANNEXE 7 : Fiches FINESS (Cf. Dossier des annexes)



COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Délibération n° 18.CP.IX.38 du 17 décembre 2018

Convention relative à la tarification de l'hébergement pour les places habilitées
à l'Aide Sociale au sein de l'EHPAD de "La Madeleine" à BERGERAC.

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 Mme Régine ANGLARD, de Mme Cécile LABARTHE, de M. Didier BAZINET
et de M. Jean-Fred DROIN du Groupe Socialiste et Apparentés,

VU les pouvoirs donnés à Mme Colette LANGLADE par Mme Régine ANGLARD, à M. Frédéric
DELMARÈS par Mme Cécile LABARTHE, à M. Jeannik NADAL par M. Didier BAZINET et à
M. Pascal BOURDEAU par M. Jean-Fred DROIN,

VU l'absence de M. Jacques AUZOU du Groupe Communiste, Front de Gauche et Apparentés,

VU le pouvoir donné à Mme Marie-Claude VARAILLAS par M. Jacques AUZOU,

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

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

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

APPROUVE la convention ci-annexée relative à la tarification de l'hébergement pour les places
habilitées à l'Aide Sociale au sein de l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées
Dépendantes (EHPAD) « La Madeleine » à Bergerac.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à la signer et l'exécuter, au nom et pour
le compte du Département.

Convention relative à la tarification de l'hébergement pour les places habilitées
à l'Aide Sociale
au sein de l'EHPAD « La Madeleine » à BERGERAC

ENTRE

Le Département de la Dordogne, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer, agissant en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 18.CP.IX. du 17 décembre 2018,

Dénotmé ci-après le Département,

ET

L'Association « Sainte Marthe – La Madeleine » Gestionnaire de l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « La Madeleine » à Bergerac, représentée par M. Bertrand ROUSSEAU, son Président,

Dénotmée ci-après l'Association.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) ;

VU le Règlement départemental d'Aide Sociale ;

VU l'arrêté de M. le Président du Conseil général de la Dordogne n° 902020 en date du 22 octobre 1990 accordant l'autorisation de création de la Maison d'Accueil Temporaire pour Personnes Agées (MATPA) « Sainte Marthe » comprenant un service d'hébergement temporaire de 32 lits et un accueil de jour de 10 places sis boulevard Garrigat à BERGERAC ;

VU l'arrêté de M. le Président du Conseil général de la Dordogne n° 961814 en date du 28 octobre 1996 autorisant l'extension de la Maison de retraite « La Madeleine » portant sa capacité à 211 lits ;

VU l'arrêté de M. le Préfet de la Dordogne n° 020030 en date du 11 janvier 2002 autorisant la transformation de la Maison de retraite « La Madeleine » sise 40, rue du Maréchal Joffre - 24100 BERGERAC en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour sa capacité de 211 lits ;

VU l'arrêté en date du 11 avril 2006 de M. le Président du Conseil général de la Dordogne et de M. le Préfet de la Dordogne autorisant le transfert d'autorisation à l'Association « Sainte Marthe – La Madeleine » pour la gestion de l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « La Madeleine » et de la Maison d'Accueil Temporaire pour Personnes Agées (MATPA) « Sainte Marthe » à Bergerac, portant la capacité totale de l'EHPAD « La Madeleine » à 253 places par la fusion de ces deux établissements ;

VU la convention relative à la tarification de l'hébergement pour les places habilitées à l'Aide Sociale au sein de l'EHPAD « La Madeleine » signée le 7 juillet 2016 par le Président du Conseil départemental et le Président de l'Association « Sainte Marthe-La Madeleine » ;

VU l'avenant n° 1 à la convention relative à la tarification de l'hébergement pour les places habilitées à l'Aide Sociale au sein de l'EHPAD « La Madeleine » signée le 10 août 2011 par le Président du Conseil général et le Président de l'Association « Sainte Marthe - La Madeleine » ;

VU la décision de labellisation de l'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) de l'EHPAD « La Madeleine » à Bergerac, en date du 30 août 2013 ;

VU le renouvellement de la convention tripartite pluriannuelle de l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « La Madeleine » à effet au 1^{er} janvier 2016 ;

VU l'arrêté de M. le Président du Conseil départemental, n° 18-143 du 29 novembre 2018, autorisant l'EHPAD « La Madeleine » à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale du Département dans la limite de 22 lits, à compter du 1^{er} janvier 2019 ;

CONSIDERANT la demande de M. Sylvain CONNANGLE, Directeur de l'EHPAD « La Madeleine » transmise le 25 septembre 2018, sollicitant l'extension de l'habilitation à l'Aide Sociale du Département pour 1 lit supplémentaire et une modification de la répartition de l'habilitation entre les lits de l'EHPAD et ceux de l'Unité d'hébergement renforcé (UHR) ;

CONSIDERANT la réponse du Conseil départemental, en date du 15 novembre 2018 ;

CONSIDERANT l'accord sur la proposition du Président du Conseil départemental, de M. Sylvain CONNANGLE, Directeur de l'EHPAD « La Madeleine », en date du 23 novembre 2018 ;

SUR proposition de Mme le Directeur Général Adjoint – Direction Générale Adjointe de la Solidarité et de la Prévention ;

Il est convenu ce qui suit

PREAMBULE :

La répartition des lits habilités à l'aide sociale prévue par arrêté n° 16-098 en date du 15 avril 2016, soit 17 lits pour l'EHPAD et 5 lits pour l'UHR a été modifiée suite à une demande de l'Association.

Dans le cadre de la nouvelle habilitation à l'aide sociale prévue par l'arrêté n° 18-143 du 29 novembre 2018, par M. le Président du Conseil départemental, l'EHPAD « La Madeleine » à BERGERAC est autorisé à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale départementale (toutes origines géographiques confondues) dans la limite de 22 lits, à compter du 1^{er} janvier 2019, sans distinction de répartition entre l'EHPAD et l'USLD.

La présente convention a pour objet de définir les modalités financières de cette habilitation.

Article 1^{er} : Conditions de réservation et de mise à disposition de places pour les bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'hébergement des personnes âgées

L'EHPAD « La Madeleine » à Bergerac s'engage à admettre, dans la limite de ses places disponibles et de son habilitation de 22 places rappelée ci-dessus, toute personne qui en ferait la demande, au titre de l'aide sociale départementale quel que soit son domicile de secours.

Cette admission sera prononcée en conformité avec le projet d'établissement et la convention tripartite. Plus particulièrement, l'Etablissement s'engage à faire bénéficier de la totalité de la prise en charge et des services aux bénéficiaires de l'Aide Sociale sans restriction ou discrimination par rapport aux résidents non assistés sociaux. Cette prise en charge devra être conforme aux référentiels de bonnes pratiques professionnelles et s'inscrire dans le prolongement des objectifs de la convention tripartite en vigueur.

A l'arrivée du résident sollicitant l'Aide Sociale, l'EHPAD « La Madeleine » lui remettra l'ensemble des documents prévus par la loi et devra mettre en place une prise en charge personnalisée, au même titre que les autres résidents.

Article 2 : Modalités financières

Les tarifs journaliers de l'EHPAD « La Madeleine » à Bergerac afférents à l'hébergement des personnes bénéficiaires de l'aide sociale seront déterminés annuellement par M. le Président du Conseil départemental sur la base des tarifs de l'année précédente majorés du taux d'évolution fixé par les Ministres chargés des personnes âgées et de l'économie, conformément à l'article L 342-3 du CASF. Ces tarifs feront l'objet d'un arrêté de M. le Président du Conseil départemental. Pour les résidents admis à l'UHR, le tarif sera celui de l'EHPAD majoré de 20 %.

Dans le cas où l'arrêté ministériel paraît après le 1^{er} janvier de l'année à laquelle il se rapporte, le tarif fixé l'année précédente est reconduit jusqu'au 1^{er} du mois après publication de l'arrêté ministériel. Le nouveau tarif de l'année prenant effet à cette date. Par référence aux dispositions de l'article R 314-35 du CASF, le nouveau tarif applicable pour l'exercice sera calculé en tenant compte des produits à encaisser entre le 1^{er} janvier et la date d'effet du nouveau tarif.

Pour mémoire, les tarifs d'hébergement pour l'exercice 2018 sont arrêtés comme suit :

Service	EHPAD	UHR
Date d'application du tarif	1 ^{er} janvier 2018	1 ^{er} janvier 2018
Résidents de moins de 60 ans	62,04 €	74,45 €
Résidents de plus de 60 ans	48,14 €	57,76 €

Au tarif opposable aux personnes de plus de 60 ans s'ajoutera le forfait dépendance. Pour les résidents ayant leur domicile de secours en Dordogne, ce dernier correspondra au tarif GIR 5 et 6.

L'Etablissement s'engage à ne pas mettre à la charge du bénéficiaire de l'Aide Sociale accueilli toute facturation qui ne serait conforme aux tarifs ci-dessus.

L'Etablissement, en application de l'article R 314-204 du CASF, déduira du tarif d'hébergement, dès 72 heures d'absence, la part correspondant aux charges variables en cas d'absence pour convenance personnelle ou au montant du forfait hospitalier en cas d'hospitalisation, conformément au Règlement Départemental d'Aide sociale dont relève le demandeur d'Aide Sociale.

Article 3 : Contrôle

L'Association s'engage à produire avant le 30 avril n+1 le rapport d'activité du Directeur et le compte de résultat de la gestion de l'Etablissement relatif à l'exercice précédent.

Article 4 : Durée, renouvellement et dénonciation

La présente convention annule et remplace la précédente convention d'Aide Sociale du 7 juillet 2016. Elle est conclue pour 5 ans.

Si elle n'est pas dénoncée au plus tard 6 mois avant son terme, cette convention sera reconduite tacitement dans les mêmes conditions.

Article 5 : Modifications de la convention

Elles pourront intervenir par voie d'avenant.

Article 6 : Résiliation ou dénonciation de la convention

L'habilitation à l'Aide Sociale du Département dont bénéficie l'EHPAD « La Madeleine » à Bergerac pourra également être retirée par M. le Président du Conseil départemental dans les conditions énoncées par l'article L 313-9 du CASF. Dans ce cas, la présente convention sera résiliée de plein droit.

Par ailleurs, la présente convention pourra être résiliée à tout moment, en cas d'inobservation des obligations qui en résultent, après mise en demeure et préavis de 3 mois.

En outre, l'Association ou le Département peuvent dénoncer la présente convention 6 mois avant son terme prévu à l'article 4 ci-dessus.

Article 7 : Conséquence du retrait ou de la dénonciation

En cas de dénonciation ou de retrait en application des articles 4 et 6, la poursuite de la prise en charge des assistés sociaux présents alors, sera prononcée à titre individuel aux conditions fixées par l'article L 231-5 du CASF.

Article 8 : Règlement des litiges

Tout recours contentieux contre la présente convention, exception faite de ceux relatifs à la tarification relevant du TITSS, 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.

Fait à Périgueux, le

Le Président de l'Association
« Sainte Marthe - La Madeleine »,

Le Président du Conseil départemental
de la Dordogne,

Bertrand ROUSSEAU

Germinal PEIRO